Jn. B. 166. 1.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 25 août 1860,

Par Charles LONDE,

né à Paris,

DOCTEUR EN MÉDECINE,

ancien Interne en Médecine et en Chirurgie des Hôpitaux et Hospices civils de Paris,
Médaille de Bronze des Hôpitaux (1859),
ancien Chirurgien de la Marine impériale.

RECHERCHES
SUR LES NÉVRALGIES
CONSÉCUTIVES AUX LÉSIONS DES NERF S.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND

PARIS.

RIGNOUX, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
rue Monsieur-le-Prince, 31.

1860

1860. — Londe.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. le Baron P. DUBOIS, DOYEN.	MM.
Anatomie	JARJAVAY, Examinateur.
Physiologie	LONGET.
Physique médicale	GAVARRET.
Histoire naturelle médicale	MOQUIN-TANDON.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Pharmacologie	REGNAULD.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Pathologie médicale	N. GUILLOT. .....
Pathologie chirurgicale	DENONVILLIERS. GOSSELIN.
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER.
Pathologie et thérapeutique générales	ANDRAL.
Opérations et appareils	MALGAIGNE, Président.
Thérapeutique et matière médicale	GRISOLLE.
Médecine légale	ADELON.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	BOUILLAUD. ROSTAN. PIORRY. TROUSSEAU.
Clinique chirurgicale	VELPEAU. LAUGIER. NÉLATON. JOBERT DE LAMBALLE.
Clinique d'accouchements	P. DUBOIS.

Professeur honoraire, M. CLOQUET. — *Secrétaire*, M. BOURBON.

Agrégés en exercice.

MM. ARAN.
AXENFELD.
BAILLON.
BARTH, Examinateur.
BLOT.
BOUCHUT.
BROCA.
CHAUFFARD.
DELPECH.
DUCHAUSSOY.
EMPIS.
FANO.
FOLLIN.
MM. FOUCHER.
GUBLER.
GUILLEMIN.
HÉRARD.
LASÈGUE.
LECONTE, Examinateur.
PAJOT.
REVEIL.
RICHARD.
TARDIEU.
TRÉLAT.
VERNEUIL.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A M. LE Dr A. TARDIEU,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.
Médecin de l'hôpital Lariboisière,
Membre de l'Académie impériale de Médecine.
Officier de la Légion d'Honneur.

Veuillez agréer, cher et très-honoré maître, l'expression de ma vive gratitude pour la bienveillance que vous m'avez toujours témoignée et l'instruction que j'ai puisée dans votre savant enseignement.

A MON MAITRE ET AMI,

M. LE Dr A. VERNEUIL,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris,
Chirurgien des Hôpitaux,
Membre de la Société de Chirurgie, etc.

Recevez l'assurance de mon amitié bien dévouée et de ma sincère reconnaissance pour vos excellentes leçons.

A M. LE Dr A. GUÉRIN (DE VANNES),

Chirurgien des Hôpitaux,
Membre de la Société de Chirurgie, etc.

Témoignage de profonde estime et de respectueux attachement.

A M. SÉGALAS,

Membre de l'Académie impériale de Médecine.

A M. LE PROFESSEUR CH. ROUGET.

A M. MARTIN-MAGRON,

Professeur particulier d'Anatomie et de Physiologie.

A MES AUTRES MAITRES,

MM. JARJAVAY, GIRALDÈS, CHASSAIGNAC, DUPLAY, LEGROUX, DESPRÉS, MOREL-LAVALLÉE, RICHARD, FOUCHER, RICHET, LAUGIER, ET LABORIE.

Je prie MM. Reynaud, inspecteur général du service de santé de la marine, Jules Roux, premier chirurgien en chef à Toulon, Pichaud, chirurgien de 1re classe, d'agréer l'expression de ma reconnaissance pour la bienveillance qu'ils m'ont toujours témoignée pendant la durée de mon service dans la marine impériale.

RECHERCHES

SUR

LES NÉVRALGIES

CONSÉCUTIVES AUX LÉSIONS DES NERFS.

Je me suis proposé, dans cette thèse, d'étudier une affection connue seulement par la publication d'un certain nombre de faits isolés, observés par les praticiens ; je veux parler d'une série d'accidents manifestement sous la dépendance du système nerveux, aussi variés par leur forme que graves par leurs conséquences, et qui ont pour point de départ une lésion d'un nerf quelconque de la vie animale.

J'ai passé en revue les troubles auxquels donnent lieu la piqûre d'un nerf du bras, du cou ou de la jambe, à la suite de l'opération de la saignée ; j'ai étudié les conséquences de la contusion et de la section complète ou non d'un filet nerveux dans une blessure quelconque ; enfin j'ai observé les névralgies dites *névralgies du moignon,* qu'il n'est pas rare de voir survenir après les amputations. Frappé de l'analogie qui existe entre ces trois groupes d'accidents nerveux, analogie :

1° De cause, laquelle est toujours le traumatisme chirurgical ou accidentel ;

2° De symptômes, parmi lesquels prédominent toujours la douleur et des troubles particuliers de la sensibilité et de la motilité ;

3° De traitement, qui, à mon avis, est presque tout entier du domaine de la médecine opératoire, j'ai réuni, dans une même étude,

ces différentes affections, sous le titre commun de *Névralgies consécutives aux lésions des nerfs.*

Les recherches que j'ai faites dans les auteurs anciens et modernes m'ont permis de recueillir un assez grand nombre d'observations que j'ai étudiées et classées et dont j'apporte ici le résumé ; enfin, il m'a été permis d'observer quelques malades atteints des accidents dont je parle.

J'ai divisé cette thèse en deux parties : la première est consacrée à l'étude bibliographique ; la seconde comprend les détails de causes, de symptômes, de complications, de traitement, etc., que comporte l'examen de ce sujet.

Ambroise Paré (édition Malgaigue, livre VIII, chap. 40) rapporte l'observation suivante : « *Histoire du défunt roy Charles IX :* Le roy ayant la fièvre, M. Chapelain, son premier médecin, et M. Castelan, aussi médecin de Sa Majesté, et premier de la royne, sa mère, lui ordonnèrent une saignée, et pour la faire, on appela vn qui auait le bruit de bien saigner, lequel, cuidant faire ouverture à la veine, piqua le nerf : qui fit promptement escrier le roy, disant avoir senti vne très-grande douleur. A. Paré fit appliquer des remèdes ; par ainsi la douleur cessa. Le roy demeura trois mois et plus sans pouvoir bien fléchir ny estendre son bras ; néantmoins, grâces à Dieu, il fut parfaitement guéri sans que l'action fust aucunement vitiée. »

Vergniol, dans la préface de sa traduction de l'ouvrage de Verduin, *Nouvelle méthode pour emputer les membres,* 1697, Amsterdam, dit que la méthode à un lambeau postérieur met à l'abri de « ces douleurs importunes qui reviennent toutes les fois que le temps change ou que le moignon reçoit quelque atteinte ; ce qui est si vrai, qu'au moment où j'écris ceci, dit-il, je sens encore dans mon pied des douleurs et des élancements aussi forts et aussi fâcheux que je faisais avant qu'il fût coupé. »

André, à la fin de l'ouvrage intitulé *Observations pratiques sur les maladies de l'urèthre* (Paris, 1756), rapporte qu'une dame reçut un coup de guéridon à la partie inférieure de l'orbite, du côté du nez, précisément à la fosse extérieure de l'os maxillaire. Cette contusion dégénéra bientôt en un abcès très-volumineux, qui suppura beaucoup et fut suivi d'une fistule, communiquant avec la bouche, entre les deux incisives. Après l'avulsion de plusieurs dents, pratiquée dans le but de remédier à cette fistule qui guérit, elle éprouva des douleurs atroces sur le trajet du nerf maxillaire, douleurs si fréquentes qu'elle n'avait pas cinq minutes de repos en une heure. Mareschal incisa sous la lèvre le rameau sous-orbitaire; la malade, soulagée d'abord, fut bientôt reprise des mêmes douleurs. Après divers traitements, André appliqua la pierre à cautère sur une branche du nerf orbitaire inférieur; sous l'eschare, apparurent deux filets blancs nerveux du sous-orbitaire qui, saisis avec une pince, déterminèrent des convulsions passagères. La guérison survint bientôt après.

On trouve dans Pouteau, *OEuvres posthumes*, Paris, 1783, p. 77 et suivantes, un *Mémoire sur le danger des coups reçus à la tête, lors même qu'ils n'intéressent que le cuir chevelu*, dans lequel sont relatées trois bonnes observations. Pouteau a guéri ses malades, atteints de névralgies d'une grande intensité et à formes variées, consécutives à des contusions, par le moyen de longues et profondes incisions aux environs de la partie primitivement lésée. On trouve aussi, page 96 du même ouvrage, une suite au mémoire précédent, intitulée : *Continuation du même sujet, avec de nouvelles observations sur le danger des coups reçus à la tête et des coups reçus en d'autres parties, quoique les uns et les autres n'intéressent que la peau et tout au plus le périoste;* on remarque dans ce chapitre deux observations, dont l'une a été envoyée à Pouteau par Hoin, de Dijon. Ce chirurgien rapporte qu'il a guéri, par le moyen d'une incision sur le cuir chevelu, une paysanne atteinte de douleurs névralgiques intenses de la tête, qu'elle éprouvait depuis deux mois, à la suite d'un

coup reçu à la partie antérieure et supérieure de la tête : c'était bien évidemment le nerf frontal qui avait été contusionné.

Planque, dans sa *Bibliothèque choisie,* reproduit une lettre extraite du *Mercure,* septembre 1726, écrite par un amputé de la jambe, qui prétendait ressentir de vives douleurs dans les parties qu'il n'avait plus.

Hildenbrand rapporte l'observation d'une femme qui, à la suite de l'extraction d'une dent par un charlatan, éprouva une névralgie du nerf maxillaire inférieur ; la cautérisation augmenta les douleurs qui s'étendirent à la joue, à l'oreille, au cou, avec frissons et convulsions des membres.

Benjamin Bell, dans son *Cours complet de chirurgie*, traduit par Bosquillon (Paris, 1796), à propos de la saignée, attribue à la piqûre des nerfs et à celles des tendons des effets analogues, et dans la description qu'il donne des signes pathognomoniques de ces effets, il m'a paru confondre avec les symptômes des névralgies ceux de l'angioleucite, de la phlébite, etc. Il recommande toutefois, comme l'unique moyen sur lequel on puisse compter, l'incision profonde et étendue des parties où réside le mal, de manière à diviser complétement le *tendon* ou le nerf blessé par la lancette.

Bosquillon, dans une note à la fin de l'article de B. Bell sur la saignée de la jugulaire, rapporte deux observations relatives à des enfants qu'il a fait saigner à la veine jugulaire afin de remédier, dans un cas, à de fréquents accès d'épilepsie, dans l'autre probablement, à une méningite commençante. Ces deux enfants moururent au bout de quelque temps, à la suite de symptômes qui paraissent beaucoup moins liés à la piqûre d'un nerf qu'à un état général grave ; cependant tous deux, immédiatement après la saignée, accusèrent constamment une douleur vive au niveau du point où cette opération avait été pratiquée, et l'autopsie vint, en effet, démontrer que la branche antérieure du nerf de la troisième paire cervicale avait été, chez tous les deux, piquée par la lancette.

Georges Bell, en 1802 (*Edinburgh journal of medical science*),

pour des accidents névralgiques développés à la suite d'une saignée, au lieu de tenter une opération quelconque sur le nerf lésé, mit à découvert la veine qui avait été ouverte, jeta une ligature sur elle, au-dessus et au-dessous du point piqué et en réséqua la portion intermédiaire. La malade fut soulagée quelque temps après cette opération.

En 1805, la femme d'un chirurgien du Lincolnshire vint consulter Georges Bell pour des douleurs atroces qu'elle éprouvait dans un bras, par suite d'une légère coupure du pouce qu'elle s'était faite deux ans auparavant. En raison de l'état de souffrance de la malade, de l'affaiblissement de sa constitution depuis l'accident, enfin de l'insuccès de deux incisions pratiquées antérieurement sur le doigt blessé, pour faire disparaître la douleur, Bell, de concert avec Monro, le second, et Russell, pratiqua l'amputation du pouce. Cinq ou six semaines après, la malade recouvrait une parfaite santé.

Verpinet, dans le Xe vol. du *Journal de médecine*, de messidor an XIII, a publié une observation relative à une plaie, très-probablement du nerf radial ou de l'un de ses filets, laquelle donna lieu à des accidents névralgiques locaux et généraux, assez graves pour nécessiter, sur le conseil de Petit (de Lyon) trois applications de cautère actuel sur la cicatrice douloureuse; à la chute de l'escharе, la jeune malade, qui souffrait depuis deux années, fut complétement guérie.

On trouve, dans le vol. IV des *Medico-chirurgical transactions of London*, 2e édit. (London, 1819), un cas fort remarquable rapporté par Alexander Denmark, dans une lettre adressée, en 1813, à Leigh Thomas. Il s'agit d'un jeune homme qui, à la suite d'un coup de balle de mousquet reçue dans le bras, éprouva des douleurs névralgiques si intenses, qu'il en arriva à réclamer l'amputation. Alex. Denmark, en raison des souffrances de ce malade et du mauvais état du coude blessé, se décida à lui couper le bras. Le malade fut de suite soulagé et recouvra rapidement la santé. En disséquant le nerf radial du

membre amputé, Denmark trouva une petite portion de la balle, logée au milieu des fibres de ce nerf.

P.-J. Descot, dans une thèse très-volumineuse intitulée *Dissertation sur les affections locales des nerfs* (Paris, 1822), s'est peu étendu, dans le texte qui lui est propre, sur les accidents névralgiques consécutifs aux lésions des nerfs; le peu d'opinions personnelles qu'il émet m'ont paru singulièrement absolues ou erronées; il admet, par exemple, *toujours* l'influence de la constitution du blessé, son état antérieur de santé ou de maladie, comme ayant un effet marqué sur la production des accidents; d'après cet auteur, le plus souvent, quand « l'individu est sain, quand il garde le repos et qu'il ne s'expose à aucune autre cause de maladie, » la blessure guérit promptement et sans accidents graves, et, à ce propos, Descot rapporte deux expériences de piqûres de nerfs chez des chiens.

Je dirai ailleurs quelle part je crois que l'on peut attribuer à l'influence de la constitution.

Un peu plus loin, Descot déclare que « les accidents graves, quand il en survient, ne dépendent de la blessure que comme d'une cause occasionnelle. » Il est regrettable que l'auteur garde complétement le silence sur les autres causes, desquelles paraissent, d'après lui, dépendre encore les accidents.

Et encore, après avoir avancé que « l'application même instantanée (?) de la ligature équivaut, *pour le moins*, par ses effets, à la division par un instrument tranchant, » il dit quelques lignes plus bas, que la ligature d'un nerf, même volumineux, ne produit pas les convulsions, les spasmes et autres accidents graves, que les pathologistes se sont plu à attribuer à ce genre de lésion » et il cite à l'appui de cette assertion, déjà en contradiction avec la précédente, trois observations qui me paraissent loin de la confirmer. Ces observations sont tirées de Petr.-Paul Molinelli, *de Aneurismate e læsa brachii in mittendo sanguine arteria dissertatio;* sur un premier malade, à la suite d'une ligature appliquée seulement *pendant peu d'instants* sur le nerf qui accompagne l'artère brachiale (le médian,

sans aucun doute), *le bras resta fléchi, de sorte que, par suite,* l'extension *ne put jamais être parfaite;* sur le deuxième malade, les sensations éprouvées furent celles de la perte de sentiment et de mouvement, de l'arrachement et de l'ablation de toutes les parties inférieures à la ligature, avec perte de conscience de ces parties; enfin, le troisième malade, plus heureux, après avoir éprouvé les mêmes symptômes que le précédent, recouvra toute sa force première.

Cependant, si le texte original fait défaut et renferme quelques erreurs, l'auteur, en revanche, a réuni un assez grand nombre d'observations, dont deux, inédites, se rattachent à notre sujet; l'une, fort bonne, a été communiquée à Descot par Ribes. Il s'agit d'un soldat qui reçut, à la bataille de Wagram, un coup de balle à la région externe et moyenne de la jambe gauche. A partir du dix-huitième jour de l'accident, pendant huit années, il ne cessa d'éprouver des douleurs névralgiques intenses, continues ou par accès, avec mouvements convulsifs, contractions, etc. Yvan, chirurgien en chef des Invalides, lui pratiqua l'excision, d'environ 18 lignes de longueur, du nerf sciatique poplité externe; le malade fut immédiatement soulagé et guérit parfaitement. Cette observation est une des plus concluantes en faveur de l'opération.

L'autre observation, communiquée par M. Briquet, interne à l'hôpital de la Pitié, est relative à un fait de névralgie sous-orbitaire, chez une vieille femme, à la suite d'une chute sur la tête; la malade aurait été guérie par le simple fait de l'avulsion d'une molaire gâtée. Je ne puis m'empêcher de faire remarquer que, dans cette observation, on donne la malade comme presque complétement guérie, *neuf jours* après l'extraction de la dent, c'est-à-dire le 23 août 1822, et que Descot a soutenu sa thèse *cinq jours* après.

H. Jeffreys, dans le tome II des *Archives de médecine* de 1823, 1re série, a publié une observation fort remarquable ayant trait à une névralgie de la face, guérie par l'extraction d'un morceau de porcelaine renfermé, depuis quatorze ans, dans l'épaisseur de la joue.

La jeune malade était en proie à des douleurs atroces qui retentissaient jusqu'au fond de l'orbite; les muscles du côté droit de la face étaient paralysés ; le siége principal de la douleur était au milieu de la joue droite, au devant du bord antérieur de la branche ascendante de la mâchoire inférieure; en ce point, on sentait facilement, sous la peau, un corps dur et pointu, au niveau duquel Jeffreys pratiqua une incision. Il retira alors un fragment de porcelaine que, d'après sa situation, Jeffreys supposa devoir comprimer à la fois des branches et du nerf facial et du nerf de la cinquième paire. Cette supposition, d'ailleurs, était complétement d'accord avec les symptômes éprouvés.

La malade, soulagée d'abord, fut parfaitement guérie au bout de deux mois.

Roche et Sanson, dans les *Nouveaux éléments de pathologie médico-chirurgicale* (Paris, 1825), croient que la saignée du pied expose plus que celle du bras à des douleurs vives et à des accidents spasmodiques, dépendant de la lésion des nerfs nombreux dont sont environnées les veines. Cette opinion ne me paraît pas fondée, et je pense que, s'il existe une répartition inégale des filets nerveux entre le membre supérieur et le membre inférieur, au niveau des points où l'on pratique généralement la phlébotomie, cette répartition est bien plutôt en faveur du bras qu'en faveur de la jambe. Cette idée n'avait pas échappé à Benj. Bell, qui, dans son *Cours de chirurgie,* de 1796, regarde le pli du coude comme un endroit dangereux pour pratiquer la saignée, à cause de la présence des nerfs et des tendons, et préfère de beaucoup, à ce dernier endroit, le cou, la jambe ou le pied.

Complétement asservis à la doctrine de l'*irritation,* les auteurs que je viens de citer décrivent, sous le nom de *névrilite,* les accidents névralgiques qui nous occupent, et font de ces accidents une maladie parfaitement inflammatoire, hypothèse que je rejette absolument, et que l'observation ne m'a jamais paru confirmer. Au reste, ils ne rapportent aucun fait relatif à ce sujet.

En 1828, le Dr Louis Malagodi, chirurgien à Fano (*Archives de médecine*), pour un cas très-grave de névralgie de la jambe et du pied, à la suite du passage d'une roue de charrette sur le pied, pratiqua l'*excision du nerf sciatique*. Après différentes alternatives de bien et de mal, le malade se trouva tout à fait soulagé le cinquantième jour après l'opération.

Le baron D. Larrey, dans sa *Clinique chirurgicale* (Paris, 1829), rapporte qu'il a observé plusieurs cas de douleurs névralgiques consécutives au traumatisme. Il suppose qu'entre autres causes, certaines névralgies peuvent succéder aux fêlures de la table interne des os, à la déchirure et à l'inflammation des méninges, bien que le cerveau et les fonctions auxquelles il préside restent intacts, surtout lorsque les inflammations de ces membranes sero-fibreuses se compliquent de celles des tissus muqueux qui tapissent certaines cavités correspondant à la base du crâne, telles que les sinus frontaux, sphénoïdaux, etc. Il cite, à l'appui de cette opinion, deux observations dont voici l'analyse :

La première est relative à un cavalier qui reçut un violent coup de pied de cheval sur les téguments du sourcil droit; la paroi externe du sinus frontal fut fracturée. Le blessé eut une forte hémorrhagie avec perte de connaissance, insensibilité, etc. Revenu à lui, il se plaignit de douleurs locales excessivement vives, avec mouvements convulsifs aux lèvres et à la mâchoire, s'exaspérant pendant les pansements. Larrey débrida largement la plaie; malgré cette opération, les douleurs continuèrent en même temps que *la fièvre, un délire intense et un assoupissement léthargique très-marqué*. Bref, le blessé mourut le dix-neuvième jour après l'accident. L'autopsie révela une inflammation très-intense, avec gonflement de la membrane muqueuse du sinus frontal et des fosses nasales, une fêlure à peine sensible à la paroi postérieure du sinus, avec inflammation profonde à la portion correspondante de la dure-mère et un épanchement sanguinolent et séreux, établi entre cette méninge et le lobe antérieur

droit du cerveau. La pie-mère était également enflammée dans une grande étendue et parsemée de points de suppuration, etc. etc. Larrey se trompe évidemment; on ne peut, d'après cette observation, attribuer à des phénomènes névralgiques les accidents et surtout la mort de cet individu, car il est évident que, dans ce cas, les symptômes bien autrement graves et marqués d'abord de fractures multiples dans une région aussi délicate que celle du sinus frontal, et ensuite d'une méningite aiguë compliquée d'épanchement sanguin; ces symptômes, dis-je, ont dû considérablement masquer ce que, d'après Larrey, il pouvait y avoir de réel dans les manifestations névralgiques.

La seconde a pour sujet un cuirassier qui reçut, au niveau du sourcil droit et sur le trajet du bord orbitaire supérieur, un coup de pied de son cheval. Le coup fut tellement violent que la table externe du sinus frontal fut brisée en éclat, et que le cuirassier, renversé complétement et jeté en arrière, perdit entièrement connaissance et resta roide comme mort sur le terrain. Hémorrhagie par le nez et les oreilles. Le lendemain, roideur tétanique dans toute la moitié droite du corps, stupeur, froid glacial généralisé. Larrey débrida largement et dans tous les sens et pratiqua l'extraction d'esquilles osseuses mobiles et de caillots sanguins renfermés dans le sinus; dans la journée réaction et douleurs extrêmement vives à l'occiput et dans la région de la blessure. Du quinzième au vingtième jour, après la sortie de quelques esquilles et la cicatrisation de la plaie, une exaltation nerveuse se déclara, accompagnée de contractions violentes dans les muscles du côté blessé, avec des douleurs profondes dans toute la partie latérale droite de la tête. Le moindre attouchement sur cette région était accompagné d'horripilations et de mouvements convulsifs. Jusqu'au quarante et unième jour, alternatives de pire et de mieux; tout à coup, augmentation violente dans les symptômes. Les cheveux et la moustache du côté droit se hérissèrent et transmirent un sentiment extrêmement douloureux au plus léger attouchement, et à la coupe du plus petit nombre d'entre eux, bien qu'elle fût faite avec des ci-

seaux bien effilés. Après une longue série de moyens variés, Larrey observa au bout de sept mois une amélioration assez marquée chez cet homme, qui finit par guérir à peu près complétement au bout d'un temps dont la durée n'est pas déterminée dans l'observation, mais qu'on peut supposer ne pas être moindre qu'une année.

Cette observation et la suivante sont bien plus concluantes que la première. Il s'agit d'un soldat qui éprouva des accès d'épilepsie à la suite d'une opération malheureuse au pli du coude, dans laquelle le nerf cutané interne avait été blessé. L'application d'un grain de potasse caustique sur le point supérieur de la cicatrice firent disparaître ces accidents. Larrey accordait grande confiance à ce moyen et aussi à l'emploi du fer rouge ou des moxas, qu'il conseillait dans le cas de douleurs névralgiques à la suite d'adhérences nerveuses aux cicatrices.

Sabatier, dans sa *Médecine opératoire,* édition faite sous les yeux de Dupuytren, par Sanson et Bégin, Paris, 1832, p. 166, rapporte deux cas de névralgies du nerf saphène interne consécutives, l'une à une saignée du pied, l'autre à un coup d'épée; les deux malades n'ont pas voulu consentir à l'opération que proposait Sabatier, à savoir: l'incision du nerf ou l'application sur son trajet d'un morceau de potasse caustique; ils sont restés presque constamment en proie à des accidents nerveux de tout genre et n'ont recouvré une partie de leur santé habituelle qu'au bout, l'un d'un an, et l'autre de cinq à six ans. Sabatier pense que les seuls moyens qui méritent confiance sont l'application sur le lieu même de la blessure, d'un caustique tel que la potasse caustique, de manière à produire une eschare profonde, qui aille jusqu'au nerf, et l'incision en travers pratiquée au même endroit. Il conseille aussi, avant d'en arriver là, l'emploi de médicaments calmants, à l'intérieur et à l'extérieur, ainsi que de bains simples et sulfureux.

Portal, *Anatomie médicale,* t. IV, dit qu'il a vu à Montpellier, dans le cabinet de Lamorier, un gonflement considérable au-dessus de la portion d'une branche du nerf sciatique, qui avait été com-

prise dans la ligature des vaisseaux cruraux après l'amputation de la cuisse; le malade avait souffert pendant plus de deux ans d'horribles douleurs qu'il rapportait toujours au bout du pied qu'il n'avait plus.

Dans un article intitulé *Observations sur l'utilité de la section des nerfs dans certains cas* (*Revue médicale,* 1832, t. I), Delpech rapporte l'observation d'un jeune militaire qui reçut une balle, presque aussitôt extraite, au bas de la face interne de la jambe gauche, et éprouva, à mesure que la plaie se cicatrisa, des douleurs névralgiques extrêmement intenses ayant pour point de départ le *nœud de la cicatrice;* ces douleurs se propagaient au-dessous et au-dessus de celle-ci, le long de la région postérieure de la jambe jusqu'au jarrêt et quelquefois jusqu'à la cuisse, puis derrière la malléole interne, le long du bord interne du pied et aux deux premiers orteils. Delpech pensa que ce malade avait eu d'abord une contusion du nerf tibial postérieur, lequel se serait ensuite, par l'inflammation à laquelle il aurait pris part, trouvé compris dans la formation de la cicatrice. Delpech pratiqua la résection du nerf tibial postérieur dans l'étendue d'environ 6 lignes, un peu au-dessus de la cicatrice. Grandement soulagé immédiatement après l'opération, le blessé fut guéri deux mois plus tard.

« Que l'on ne soit nullement tenté, dit Delpech, de comparer cette affection d'un nerf blessé avec celles qui constituent les névralgies spontanées. Dans le cas que nous venons d'exposer et dans les analogues, le nerf intéressé dans une blessure *souffre seulement par les violences qui résultent pour lui de la condensation progressive du tissu inodulaire,* que nous avons démontré être éminemment coarctescible. Au contraire, dans les névralgies spontanées, il y a maladie dans le névrilème, et cet état morbide peut être bien varié. Voilà pourquoi des procédés opératoires peuvent réussir dans le premier cas et n'ont que bien rarement du succès dans les névralgies. »

Cette opinion de Delpech me paraît pleine de justesse ; quoiqu'elle ne rende pas complétement compte de toutes les variétés de névral-

gies traumatiques, je n'hésite pas à m'y rallier, au moins pour la première partie, laissant aux médecins le soin de décider la question pour ce qui a trait aux névralgies essentielles.

La seconde observation du mémoire de Delpech ne rentre pas complétement dans le sujet que j'ai abordé; j'en donne néanmoins l'analyse succincte à cause de l'opération qu'a subie la malade.

Une dame de 35 ans éprouvait, depuis neuf années, des douleurs très-vives à la main droite, par les effets d'une ulcération superficielle du genre *lupus,* située dans le corps réticulaire de la peau du petit doigt et dans tout le contour de celle de la face cubitale de l'annulaire. Delpech, à l'aide d'un caustique, cautérisa l'ulcère; pendant deux mois, les douleurs cessèrent, puis elles revinrent, avec les ulcérations, plus intolérables que jamais. La malade était, à ce moment, si affaiblie, que Delpech pensa qu'elle ne pourrait jamais supporter l'amputation de la main; il se contenta de réséquer 6 lignes du nerf cubital et la malade fut de suite soulagée. Deux mois après, son *lupus* allait mieux, et Delpech, à cette époque, n'était pas éloigné de penser que cette femme pût en guérir complétement.

Dans ses *Leçons orales de clinique chirurgicale* (Paris, 1834), Dupuytren, en traitant des amputations, recommande expressément, contrairement à l'opinion de Descot, de mettre le plus grand soin à «ne pas comprendre, dans la ligature, de gros nerfs ou de fortes veines; des douleurs intolérables et souvent des accidents fort graves résulteraient immédiatement de la constriction de ces troncs nerveux.»

On trouve dans le tome VII de la 2e série des *Archives de médecine,* 1834, un mémoire sur la *névralgie de la face,* par C.-F. Bellingeri, extrait des *Annali universali di medicina.* Cet auteur a observé deux fois des névralgies de la septième paire, reconnaissant pour cause le traumatisme dans un cas, le développement de ganglions lymphatiques dans un autre; il croit à l'efficacité, dans les névralgies traumatiques, de la *méthode antiphlogistique et calmante,* mais employée au début; quand la maladie est ancienne, ce mode

de traitement n'apporterait que du soulagement ; enfin il préfère la résection d'une portion du nerf à tout autre moyen et rejette formellement l'opération proposée par Paletta, qui consiste à diviser le nerf avec un couteau rougi au feu.

Joseph Swan, dans *a Treatise on diseases and injuries of the nerves* (London, 1834), s'étend longuement sur les plaies des nerfs, leur traitement, leurs modes de cicatrisation, etc. ; au chapitre qui traite des plaies incomplètes, il dit « qu'il ne doute guère que, de beaucoup, le plus grand nombre de nerfs lésés dans la saignée sont rendus douloureux, parce qu'on se sert trop tôt du bras et qu'on y attire l'inflammation. » Swan oublie que souvent, très-souvent même, la douleur se manifeste *immédiatement* après la ponction de la veine et avant, bien entendu, que le malade ait, en aucune façon, pu se servir de son bras.

Swan recommande, dans le cas où un filet nerveux aurait été piqué pendant l'opération de la saignée, de « prendre grand soin de fermer la blessure avec une compresse de toile et un bandage, de les maintenir continuellement sur l'ouverture, et, en même temps, de mettre le bras en écharpe, » conseil tout banal qu'aucun chirurgien n'aura garde d'oublier, car il attribue à la réunion par première intention le pouvoir de faire cesser les désordres nerveux, ce qu'il s'abstient de démontrer.

Les observations que Swan rapporte sont presque toutes d'une longueur qui, malheureusement, n'a rien d'instructif ; les détails insignifiants ou étrangers au sujet abondent largement ; aussi ai-je dû fortement les écourter pour en donner ici une courte analyse.

Swan pratiqua l'excision d'une petite portion de peau tout autour d'une plaie de l'avant-bras, produite par un coup de griffe d'aigle. Le blessé, qui souffrait très-vivement du bras, du cou et du dos, fut soulagé quelque temps après.

Il rapporte longuement l'histoire d'une dame qui, après avoir été en proie à des douleurs affreuses dans tout le corps, à la suite d'une coupure à la face palmaire de la première phalange du pouce gau-

che, finit par mourir dans l'épuisement au bout de neuf ans et demi.

Sur une jeune dame qui s'était blessée légèrement le doigt indicateur gauche, au niveau de la deuxième phalange, Swan pratiqua d'abord une incision transversale jusqu'à l'os, sur le trajet du nerf; d'abord soulagée, la malade ne tarda pas à ressentir de nouvelles douleurs qui finirent par altérer sa constitution. Swan se décida alors à lui amputer le doigt au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne. L'examen du nerf divisé montra son adhérence avec les cicatrices, aussi bien pour celle qui était la conséquence de l'accident primitif que pour celle qui était le résultat de l'incision. La malade, toujours en proie à des phénomènes nerveux généraux de toute nature, ne cessa jamais d'éprouver des accès névralgiques dans le bras et dans différentes parties du corps.

On trouve, dans le livre de Swan, une observation communiquée par le Dr Wilson (de Grantham). Il s'agit d'une femme qui, à la suite d'une saignée pratiquée par un jardinier (*a gardener*), éprouva d'atroces douleurs dans tout le membre supérieur et fut saisie de violentes convulsions. Wilson pratiqua une incision au-dessus du point où la saignée avait été faite, et la malade fut *immédiatement* soulagée.

M. Laugier, dans le *Dictionnaire de médecine* en 30 vol. (Paris, 1834, t. VII, p. 582), émet l'avis qu'on connaît peu les maladies particulières aux cicatrices, mentionne à peine les douleurs névralgiques dont elles peuvent être le siége et ne dit rien de ce qu'il faut faire pour y remédier.

Voici un court résumé de deux observations fort remarquables extraites du journal anglais *The Lancet*, 1837.

Une jeune femme de 22 ans se présenta à l'hôpital de Middlesex, il y a quatre ans, se plaignant d'une douleur dans le genou. La douleur aiguë et continue s'était montrée, deux ans avant son entrée à l'hôpital, sans causes ; elle a augmenté considérablement jusqu'à ce jour. Pendant trois mois, elle fut traitée par M. Keate à Saint-

Georges. Les sangsues, vésicatoires et diverses médications sont restées sans résultat. Traitée par M. Mayo, l'articulation ne présenta ni gonflement ni rougeur. On pouvait la fléchir, mais la douleur augmentait dans l'effort. (Sangsues, vésicatoires ; moxas, empl. de belladone ; immobilité de l'articulation ; bandage). Pas le moindre soulagement ; il y eut plutôt de l'augmentation de la douleur. Après six mois, elle retourna chez elle à Hampstead ; elle y resta quinze jours ; puis vint à Saint-Thomas dans le service de M. Travers, qui proposa l'amputation. Refus de la malade qui quitta l'hôpital. Trois semaines après, elle vint à l'hôpital de Middlesex, éprouvant des douleurs aiguës, exaspérées par le plus petit mouvement ; la pression sur la rotule déterminait des douleurs intolérables. M. Mayo fit faire des onctions avec la pommade émétisée. Vésicatoires répétés ; pas de résultat. Elle alla à l'hôpital Saint-Barthélemy, puis retourna chez M. Mayo, qui l'amputa un peu au-dessus du genou.

On ne trouva pas la moindre lésion de l'articulation, ni des cartilages, ni des os. Le moignon guérit lentement ; la malade quitta l'hôpital onze semaines après l'opération.

Huit jours après sa sortie, elle reçut un coup sur son moignon qui n'était pas encore cicatrisé ; un ou deux jours après la douleur reparut. La malade revint chez M. Mayo. Pendant un mois, la douleur persista ; elle s'irradiait à 2 ou 3 pouces au-dessus du moignon. Après deux mois d'un traitement médical qui ne donna aucun résultat satisfaisant, M. Mayo se décida à réséquer le moignon, 5 pouces au-dessus de la cicatrice ; on retrancha une portion de l'os et environ 1 pouce du nerf sciatique, pour éviter qu'il ne fût enfermé dans la cicatrice. Les extrémités du nerf sciatique et de la branche saphène du crural antérieur étaient transformées en une sorte de cartilage.

Deux mois après cette opération, réapparition de la douleur. La malade quitte l'hôpital ; mais, au bout de quatorze jours, elle est obligée d'y revenir ; quoique aussi aiguë, la douleur est moins gé-

nérale. A la suite d'une consultation avec sir A. Cooper, le nerf sciatique fut découvert, et on enleva environ un pouce d'étendue.

Le soulagement qui suivit l'opération ne dura que peu de jours ; *la douleur reparut de plus en plus intense à mesure que la cicatrisation se faisait.*

M. Mayo se décida à pratiquer *la désarticulation de la cuisse,* et cinq mois après cette opération la douleur n'avait pas reparu.

On trouve à la suite de cette observation la mention du cas d'une femme qui, pour une contraction douloureuse des doigts, fut amputée à l'avant-bras par M. Tyrrel, à l'hôpital Saint-Thomas. Les douleurs névralgiques étant revenues, M. Langstaffe lui désarticula le coude; cette opération n'ayant eu aucun bon résultat, M. Branby Cooper lui désarticula l'épaule : la malade guérit.

On trouve dans les *Archives générales de médecine,* t. II, 1838, l'extrait d'un bon mémoire sur *Quelques effets qui résultent de la blessure des nerfs,* par John Hamilton, tiré du *Dublin journ. of med. science.* L'auteur a recueilli et analysé une quinzaine d'observations tirées de sa pratique particulière ou de celle de ses confrères ; il m'a paru avoir étudié la question avec un soin et une concision qu'on n'est pas habitué à rencontrer toujours chez les auteurs anglais. Ses observations sont claires et nettes ; aussi n'ai-je pas hésité à lui en emprunter une que j'ai placée en tête de la partie de cette thèse, qui traite des symptômes, afin que l'on puisse mieux juger par la lecture de ce fait de la gravité des accidents, de l'acuité de la douleur, de la marche et de la durée de la maladie : de plus, les principaux chirurgiens anglais de cette époque, A. Cooper, John Bell, Baillie, H. Cline, etc., ayant été consultés pour la malade qui fait le sujet de cette observation, celle-ci a toutes les garanties désirables pour ne pas être entachée d'inexactitude. L'auteur donne en quelques lignes le résumé des principaux symptômes de l'affection qui nous occupe ; il combat l'opinion trop absolue émise par Brodie, qui regarde tous ces symptômes si variés et si

graves comme le résultat de l'hystérie. Il se rattache à cette idée, qui était aussi celle d'Abernethy, qu'une « inflammation avec irritation spéciale prend naissance dans le nerf blessé, que ses branches transmettent les impressions morbides au cerveau et à la moelle épinière, et de là réagissent sur tout le système nerveux. » Il regarde, contrairement à Brodie, qui rejette toute espèce de pratique opératoire, l'excision d'une portion du nerf lésé comme une bonne opération donnant presque toujours d'heureux résultats ; il conseille de la pratiquer aussitôt que possible après le début des accidents, d'abord parce qu'il croit la guérison plus lente quand on opère tardivement, et ensuite dans la crainte, un peu exagérée à mon avis, que l'affection n'aille, « comme on l'a vu tant de fois, dit-il, se fixer sur le système nerveux général. »

Voici la courte analyse des observations du mémoire d'Hamilton :

Un jeune homme s'était fait une coupure sur le côté externe de l'indicateur; il ressentit le lendemain des picotements et des élancements avec sensibilité au toucher, d'abord au point blessé, puis jusqu'à l'avant-bras, au côté radial. Ces phénomènes ne durèrent que quelques jours.

Une jeune fille de 20 ans, un peu hystérique, se blessa avec la pointe d'un couteau au niveau de la partie moyenne et interne de la face antérieure du pouce; après la cicatrisation de la plaie, elle commença à éprouver des douleurs vives, avec exaltation de la sensibilité, tuméfaction et pâleur des parties, etc., d'abord dans le point de la cicatrice, puis dans toute la main et le poignet : une exacerbation dans ces symptômes se produisait manifestement tous les soirs; en outre, légère contracture très-douloureuse à l'extension forcée du pouce et de l'indicateur, etc. Après diverses médications, elle aurait été définitivement guérie, au bout d'un an, *par l'usage du mercure.*

Une jeune fille de 17 ans, d'une bonne constitution, mais d'un tem-

pérament nerveux, se coupa légèrement la main au niveau de la commissure du pouce et de l'indicateur gauche. Trois jours après l'accident, elle commença à éprouver des douleurs vives, s'exaspérant le soir, dans le pouce et l'indicateur, le dos de la main, l'avant-bras, et jusque dans l'aisselle; ces douleurs s'accompagnaient de l'œdème des parties et de sueurs abondantes : au bout d'un mois environ, les souffrances augmentèrent et s'étendirent de l'aisselle au cou, au dos, et jusque dans les hanches. On essaya en vain l'électro-magnétisme et le tourniquet; on administra sans succès le fer, le quinquina, la ciguë, la jusquiame, etc. etc. Bref, cinq mois après l'accident, la malade, ayant un jour éprouvé une vive frayeur, eut une *grave attaque d'hystérie, à la suite de laquelle elle fut guérie.* « L'impression subite et violente sur le système nerveux général, dit Hamilton, avait complétement maîtrisé l'affection locale. »

Hamilton a encore observé dans le service du chirurgien M'Nanamara, à l'hôpital de Meath, une femme âgée de plus de 50 ans, qui, immédiatement après une coupure très-superficielle du pouce, éprouva une douleur telle qu'elle faillit en perdre connaissance. Les accidents cessèrent pendant deux mois, puis revinrent au bout de ce laps de temps, à l'occasion d'un mouvement brusque; ils consistaient en une douleur très-aiguë accompagnée de tuméfaction et de sensibilité exaltée, dans la main, l'avant-bras, le bras, et jusque dans la tête : quelquefois le bras se paralysait; il y avait des défaillances, de la lassitude, de la céphalalgie, etc. La malade quitta l'hôpital peu de temps après, et l'on ne put rien savoir sur ce qui lui arriva par la suite.

Les autres observations que l'on trouve dans le mémoire d'Hamilton appartiennent à d'autres praticiens.

H. Cline a observé la fille d'un chirurgien de Londres, qui, après la cicatrisation d'une coupure à un doigt, fut « prise d'une affection des nerfs qui, d'abord bornée à la partie blessée, s'étendit graduellement vers le bras, et détermina ensuite une contraction musculaire si violente de tout le membre supérieur *qu'il était doublé en quel-*

que sorte, et que la main était venue reposer sur l'épaule correspondante. » La malade paraît s'être rétablie, au bout de deux ans, par le fait d'un séjour prolongé aux bains de mer.

J'ai cherché en vain à me procurer la relation originale d'un fait que rapporte trop succinctement Hamilton, et qui serait tiré de la pratique de Baillie. Il s'agit d'un cas où la blessure d'un nerf par une *forte compression* fut suivie d'une sensation douloureuse, étendue de la partie blessée au cerveau, puis d'accès épileptiques. Dans cet exemple, la portion du nerf blessé fut enlevée. Néanmoins, les accidents épileptiques continuèrent, et la malade succomba dans un de ces accès.

Un homme qui avait reçu un coup sur le pouce entra à l'hôpital de Guy, dans le service d'Ast. Cooper. Les douleurs qu'il éprouva d'abord dans le pouce s'étendirent à l'épaule, au cou, et enfin au cerveau, et donnèrent lieu à de véritables accès épileptiques avec contraction du bras. Ast. Cooper excisa les cinq huitièmes d'un pouce du nerf radial, près du tendon du long supinateur, et le malade, d'abord soulagé, fut ensuite parfaitement guéri.

M. Sherwin pratiqua une profonde incision au-dessus de la cicatrice d'une saignée qui avait donné lieu, chez une femme, à des douleurs intolérables vers les doigts, l'épaule, le cou, la face.

Le Dr Watson, dans un cas semblable, pratiqua jusqu'à quatre incisions au-dessus de la cicatrice, et ce ne fut qu'à la dernière, conduite profondément jusqu'à l'os, que la guérison fut obtenue.

M. Earle, malgré l'avis contraire de Brodie, pratiqua l'excision d'un demi-pouce du nerf radial à son tiers inférieur, pour des accidents névralgiques consécutifs à une piqûre du pouce. Le malade, qui ne pouvait étendre ses doigts et souffrait horriblement, fut guéri au bout de plusieurs mois.

Une jeune fille qui éprouvait des douleurs névralgiques de la face, à la suite de l'avulsion de la deuxième grosse molaire de la mâchoire inférieure, fut guérie par le Dr Greene, de New-York, qui pratiqua l'extirpation d'une petite tumeur développée au lieu même

qu'occupait la dent, et la cautérisation de la plaie qui résulta de cette opération.

Dans son *Traité de médecine opératoire*, Paris, 1839, M. le professeur Velpeau regarde comme extrêmement rares les accidents consécutifs à la piqûre des nerfs, et croit que la section du nerf blessé n'est permise qu'après l'essai préalable des moyens médicaux.

En traitant des cicatrices, M. Velpeau conseille, dans le cas où elles formeraient un noyau douloureux, d'en accrocher le point central avec une érigne, et d'exciser toute l'épaisseur de celui-ci. « On a fait, dit-il, disparaître ainsi des douleurs violentes qui duraient depuis plusieurs années, et *qui avaient tous les caractères de véritables névralgies.* »

En parlant de la *compression des artères,* M. Velpeau dit qu'il pense que, par ce moyen, on aurait chance de modérer la douleur dans les névralgies.

« On trouve, dit M. Velpeau, des malades amputés ou blessés qui se plaignent de douleurs atroces quand on touche leurs cicatrices ou le bout de leur moignon. » Le savant professeur est porté à croire que, dans ces cas, l'*excision de l'extrémité des nerfs* serait de nature à guérir les malades. En 1839, M. Velpeau ne connaissait qu'un seul cas d'opération semblable, celui de M. Palmer, qui ne guérit qu'imparfaitement son malade par l'excision d'un bout du nerf péronier, qui faisait saillie dans la cicatrice.

Ollivier, à l'article *Nerfs* (*Pathol.*), du *Dictionnaire de médecine* en 30 vol., Paris, 1839, passe en revue les différentes lésions auxquelles sont exposés les filets nerveux.

1° La *contusion ;*

2° La *distension et la déchirure,* dans la courte étude desquelles on ne remarque rien qui ait trait à notre sujet;

3° La *piqûre*, à propos de laquelle il mentionne brièvement les accidents névralgiques que nous étudions, et dont il trouve le point de départ, d'après Gust.-Ferd. Wolff, in *Dissert. inaug. sistens experi-*

menta quædam de nervorum læsionibus, Hale, 1818, dans « un renflement dur, opaque, de consistance fibreuse, et qui est uniquement formé par l'épaississement du tissu cellulo-fibreux ;

4° La *section incomplète et complète*. Il suppose, avec raison à notre avis, que, dans la première, les accidents névralgiques sont « d'autant plus prononcés que le nerf a son siége dans une région où plus de mouvements s'exécutent, » en sorte qu'il peut éprouver des déplacements ou de légères tractions, lors de l'action musculaire ;

5° L'*ulcération*, qu'il admet concurremment avec Swan, comme cause des névralgies, quelquefois très-graves, que l'on observe chez des individus atteints d'ulcères aux jambes.

A l'article *Névralgies*, dans le tome suivant du même ouvrage, Ollivier s'occupe exclusivement des névralgies envisagées au point de vue médical ; à peine mentionne-t-il l'indication d'extraire les corps étrangers qui pourraient avoir pénétré dans le tissu des nerfs, et d'extirper les tumeurs développées dans les environs de ceux-ci.

On trouve dans la *Gazette médicale* de 1839 la relation d'un cas de guérison de névralgie du moignon, après une amputation de cuisse, au moyen de l'acuponcture par M. Longhi.

Le professeur Roux (*Gazette des hôpitaux* du 29 février 1840) a observé, dans son service à l'Hôtel-Dieu, une femme atteinte de douleurs névralgiques dans le membre supérieur à la suite d'une saignée pratiquée sur la veine médiane céphalique. Roux appliqua un grain de potasse caustique dans la piqûre même de la veine, et la malade, déjà soulagée le deuxième jour après l'opération, fut presque complétement guérie le vingt-troisième jour.

M. Malgaigne, à l'hôpital de la Charité, rencontra un cas semblable au précédent ; la saignée avait été pratiquée sur la veine médiane céphalique : ce chirurgien soupçonna une lésion d'un rameau du nerf musculo-cutané, et fit appliquer au-dessus du point lésé un petit vésicatoire qu'on pansa avec un demi grain d'acétate de morphine. La guérison fut obtenue au bout de huit jours.

M. Jobert, à l'hôpital Saint-Louis (*Gazette des hôpitaux*,

18 mars 1840), essaya en vain les vésicatoires, le datura stramonium, la cautérisation transcurrente, etc., sur une jeune femme atteinte depuis environ quinze mois d'une névralgie brachiale, avec flexion de l'avant-bras, à la suite d'une saignée. Voyant l'inutilité de ces moyens, ce chirurgien se décida à pratiquer la section des différentes branches nerveuses sur le trajet desquelles existaient des points douloureux, savoir : 1° à l'extrémité inférieure de l'avant-bras, sur la face palmaire, au-devant de l'extrémité inférieure du radius ; 2° huit jours après, au pli du coude ; 3° huit jours après, en haut du bras et sur l'extrémité palmaire du pouce. A la suite de ces différentes incisions, la douleur cessa ainsi que la contracture de l'avant-bras; trois semaines après la dernière opération, la malade «sortit dans un état parfait.»

On trouve dans la *Gazette des hôpitaux*, du 15 août 1840, l'observation d'une malade guérie par le professeur Riberi, de Turin, au moyen de l'acupuncture. Il s'agit d'une jeune femme qui, à la suite d'une saignée du bras, éprouva une névralgie brachiale grave, avec contraction forcée de l'avant-bras; on remarquait sur la cicatrice un petit nœud presque imperceptible et très-douloureux au toucher. La malade était en proie à des douleurs générales; pour prévenir tout frottement sur le bras primitivement atteint, elle marchait constamment de côté, l'épaule basse, etc. Après divers traitements, le professeur Riberi eut recours à l'acupuncture, à l'aide d'aiguilles très-fines que j'ai, dit-il, implantées dans le «bras, précisément dans le trajet du nerf médian.» Cette opération a été pratiquée douze fois dans l'espace de deux mois; les aiguilles employées chaque fois ont été au nombre de douze à vingt, pendant deux à quatre heures. A chaque acupuncture, la malade éprouvait une amélioration très-marquée. La guérison a été radicale au bout de ce temps.

Valleix, dans le *Guide du médecin praticien*, cite le cas d'une femme qui, s'étant fait une contusion au front, sur le trajet du nerf frontal, avait, après avoir vu disparaître presque complétement en

trois jours la douleur de la blessure, commencé à ressentir dans ce point des douleurs nerveuses qui avaient ensuite gagné la tête, le cou, le bras et une grande partie du reste du corps du même côté.

M. le professeur Nélaton, dans ses *Éléments de pathologie chirurgicale,* t. II, 1847, signale plusieurs cas de douleurs névralgiques à la suite de la luxation du maxillaire inférieur.

M. James Pajet rapporte, dans ses *Lectures on surgical pathology, delivered at the royal College of surgeons of England* (London, 1853), qu'il a donné des soins, concurremment avec M. Stanley, à un malade qui, à la suite d'une plaie complète du nerf médian et du nerf radial, laquelle s'était réunie par première intention, éprouva une sensation obscure de froid avec engourdissement dans la main. On peut rapprocher ce cas, pour le peu de gravité des accidents, de celui que l'on trouve dans *sir A. Cooper's Lectures, by Tyrrell,* vol. III, p. 171, où l'on voit qu'A. Cooper enleva une tumeur du nerf médian d'un gentleman, et réséqua les *deux tiers de l'épaisseur* du nerf, laissant l'autre. Il n'en résulta qu'une sensation de fourmillements avec engourdissement partiel des doigts, sans aucuns phénomènes généraux, et plus tard le malade alla très-bien («and he did very well»).

M. Desmarres, dans son *Traité théorique et pratique des maladies des yeux,* 1854, cite le cas d'une jeune fille de 20 ans atteinte d'une névralgie faciale grave qui lui causait des douleurs intolérables, surtout au niveau de la sortie du nerf frontal; la malade, deux ans avant, avait fait une chute sur le front, la plaie qui était résultée de cet accident s'était rapidement cicatrisée. M. Desmarres enfonça aux environs de la cicatrice un ténotome qu'il «manœuvra assez longtemps et dans tous les sens. A partir de ce moment, la jeune fille fut guérie de sa névralgie, qui prenait son origine dans la compression de quelques filets nerveux emprisonnés dans le tissu inodulaire.»

On trouve dans les *Archiv für Opthalmologie,* t. I (Berlin, 1854) une observation donnée par le Dr Graefe, de Berlin. Il s'agit d'un

jeune homme qui, à la suite d'une contusion de l'œil gauche, fut atteint de douleurs violentes dans cet organe, accompagnées d'une contraction convulsive permanente de la paupière de ce côté, l'œil étant resté sain. M. Graefe, d'après l'avis du Dr Rombert, pratiqua la *section du nerf sus-orbitaire,* et toute douleur locale et générale disparut entièrement.

M. Druitt, dans *the surgeon's vade-mecum*, 7e édition, 1856, p. 322, rappelle que la section incomplète d'un nerf peut produire des douleurs graves sous forme de paroxysmes, avec élancements, spasmes violents ou paralysie du membre, quelquefois des attaques d'épilepsie, et aussi de graves désordres dans les organes digestifs. Il ajoute que ces mêmes symptômes peuvent se présenter quand un nerf est rompu, contus ou tiraillé.

On trouve dans le *Traité pratique des maladies de l'œil*, 1856, par W. Mackenzie, une observation fort remarquable de Bresciani di Borsa, dans la *Médico-chirurgical review,* d'avril 1846. Il s'agit d'un soldat de l'Empire qui reçut une balle de mousquet, juste au-dessus de l'orbite gauche ; comme un de ses voisins était tombé mort au même instant, le blessé pensa que la balle qui l'avait frappé avait ricoché sur sa tête et tué son camarade. Pendant plus de vingt-quatre ans, il fut sujet à de violentes douleurs dans l'œil gauche et la tête. Comme on supposait, d'après ce qu'il racontait, qu'il n'y avait aucun corps étranger dans son orbite, on ne put lui procurer aucun soulagement. En 1837, le Dr de Borsa, à l'hôpital de Vérone, après un mûr examen, lui enleva une portion de l'orbite à l'aide du trépan, et pratiqua l'extraction d'une balle qui était logée profondément derrière l'œil. Les violentes douleurs disparurent complétement.

M. Mackenzie rapporte aussi plusieurs observations d'exostose de l'orbite, de tumeurs cancéreuses de l'os maxillaire supérieur pénétrant dans les fosses nasales, l'orbite, etc., de tumeurs des sinus sphénoïdaux, etc., observations dans lesquelles on pourrait bien cer-

tainement rapporter à la compression des nerfs de ces régions les douleurs atroces de caractère névralgique que certains malades enduraient.

En traitant des *affections douloureuses de la cinquième paire,* M. Mackenzie indique la variété de névralgie consécutive aux lésions des filets nerveux ; il pense que, dans le cas d'une blessure, « il y a lieu de croire que celle-ci a déterminé l'inflammation du nerf avec hypertrophie et induration de son névrilème. »

Dans le même ouvrage, on trouve une observation des traducteurs, MM. Testelin et Warlomont, dans laquelle l'un de ces deux chirurgiens distingués, ayant pratiqué l'opération de la cataracte sur les deux yeux d'une dame d'une cinquantaine d'années, vit survenir de véritables accès névralgiques affectant une forme périodique très-nette, qui disparurent au bout de quelques semaines par l'emploi du sulfate de quinine.

M. Bourguignon, dans la *Gazette des hôpitaux,* du 5 avril 1860, cite deux cas de névralgies traumatiques consécutives, l'une à une ablation du sein, l'autre, véritable dermalgie, à une contusion de la paroi thoracique. Cet auteur conseille pour le traitement de ces affections une foule de moyens connus déjà, l'opium, la belladone, etc. etc., employés toutefois *en injections sous-épidermiques.*

Au commencement du mois d'avril de cette année, la Société de chirurgie a été saisie d'une demande de consultation par M. le Dr Vinatier, à propos d'une malade qui, à la suite d'une saignée pratiquée sur la veine médiane céphalique, fut atteinte d'une névralgie et d'une paralysie partielle de l'avant-bras et de la main. Dans l'observation envoyée à M. Robert, on voit que M. Vinatier combattit, presque avec un succès complet, les accidents que je viens d'indiquer, au moyen de nombreuses injections sous-cutanées de sulfate d'atropine.

Plusieurs membres de l'honorable compagnie citèrent, à propos du fait de M. Vinatier, plusieurs exemples tirés de leur pratique particulière. M. le professeur Jules Cloquet a rapporté l'histoire

d'une jeune femme qui, à la suite d'une saignée de la veine saphène interne, fut prise d'une névralgie à la partie antérieure de la cuisse et de contracture musculaire. « Les accidents, ajoute M. Cloquet, s'usèrent pour ainsi dire, et ne disparurent qu'après un temps très-prolongé. »

M. Bouvier a cité le cas d'une jeune fille de 8 à 10 ans qui, après une section sous-cutanée pour un torticolis, éprouva une névralgie très-tenace.

M. Larrey a rapporté le fait très-curieux d'un officier général qui reçut en Crimée un coup de feu à la partie sous-claviculaire du thorax, et ressentit tout aussitôt une vive douleur dans le pouce du même côté, au niveau d'une cicatrice résultant d'une plaie faite *trente-cinq ans auparavant :* la douleur se réveille encore de temps en temps.

Je dois à l'obligeance de mon collègue dans les hôpitaux, M. Raynaud, l'observation suivante, qui m'a paru intéressante à plus d'un titre.

Coup de feu. Lésion du plexus brachial, et en particulier des origines du nerf cubital. Hyperesthésie consécutive.

« Adolphe M....., âgé de 18 ans, soldat au 6e bataillon de chasseurs à pied, reçut, le 24 juin 1859, à la bataille de Solferino, un coup de feu tiré à quinze pas. La balle pénétra à 2 centimètres en dehors et à droite de l'apophyse épineuse de la deuxième vertèbre dorsale. Ce jeune homme, extrêmement intelligent, rend un compte très-exact de toutes les circonstances de son accident ; il a reçu une bonne éducation et possède même quelques notions anatomiques qui lui ont permis, avant d'avoir vu aucun chirurgien, de diagnostiquer sur lui une lésion du plexus brachial.

Voici les renseignements que j'ai recueillis de lui-même :

Immédiatement après l'accident, il perdit connaissance, et tomba la face contre terre ; il revint à lui environ un quart d'heure après, mais il essaya en vain de se relever. Il resta une heure couché sur

le ventre, sans pouvoir, malgré tous ses efforts, faire un mouvement, sans pouvoir même jeter un cri ; cependant la respiration était libre. Au bout d'une heure, il put se retourner, de façon à reposer sur le côté gauche. On finit par le relever. Il affirme qu'alors il se sentit poussé en avant par une impulsion irrésistible qui le forçait à courir, la tête portant en avant, les jambes suivant pour éviter une chute ; il arriva à une ambulance. Il souffrait de douleurs intolérables dans le bras et l'avant-bras du côté droit. On fit des tentatives infructueuses pour retirer la balle. A ce moment, le faux bruit du retour offensif de l'ennemi ayant couru, on enveloppa ce blessé dans un drap, et on le plaça précipitamment sur un cabriolet qui l'emmena à Brescia, où il fut placé dans une maison particulière. Là, on lui fit, sans grande douleur, l'extraction de la balle, qui était, dit-il, à 7 ou 8 centimètres de profondeur. Il eut, le même jour, une fièvre violente, qui céda à une saignée du bras. Depuis ce temps, il alla de mieux en mieux. Les douleurs, qui avaient un tel degré d'intensité que le moindre attouchement lui arrachait des cris, se calmèrent peu à peu. Après quinze jours de séjour à Brescia et autant à Milan, il fut évacué, le 29 juillet, sur Alexandrie, où il fut placé au n° 47 de l'hôpital Santa-Chiara, dans le service dont j'étais alors chargé. Je le trouvai dans l'état suivant :

La plaie, à peu près cicatrisée, est le siége de démangeaisons continuelles. Le malade éprouve également des démangeaisons et des fourmillements dans les doigts, et surtout au niveau des espaces interdigitaux. Il n'existe aucune sensation de ce genre dans l'avant-bras. Le moindre frottement sur la paume de la main produit un agacement très-vif. En promenant très-légèrement une barbe de plume sur le petit doigt et sur le côté interne de l'annulaire, on cause une très-vive douleur, qui se propage le long du bord interne de l'avant-bras vers le coude. Si l'on touche de même le côté externe de l'annulaire, la douleur se propage vers l'extrémité du doigt. Le même attouchement du médius et de l'index ne produit qu'une douleur locale ; on peut presser assez fortement le pouce sans produire

de douleur. Le frôlement d'une barbe de plume sur la moitié supérieure du côté interne du dos de la main, en dedans du troisième métacarpien, produit une douleur assez vive pour faire pleurer le malade, qui est courageux; et cependant, chose singulière! quand on pince la peau de la main, avec la précaution de ne pas presser sur les parties profondes, on trouve la sensibilité engourdie. Le malade compare la sensation qu'il éprouve à celle que produirait un attouchement à travers un morceau d'étoffe. Il en est de même sur la peau de l'avant-bras.

Les mouvements de l'avant-bras sont pénibles; le malade le tient dans la demi-flexion, le bras rapproché du tronc, les doigts à peu près ouverts. Lorsqu'on arrive aux deux tiers de l'extension de l'avant-bras sur le bras, le malade ressent subitement au coude une vive douleur, qu'il compare à une sensation de coupure; de même il souffre, surtout aux deux derniers doigts, quand il veut ouvrir ou fermer la main; aussi tient-il habituellement le membre dans une immobilité absolue.

La peau des parties latérales du thorax a sa sensibilité normale.

« Cette observation, ajoute fort judicieusement M. Raynaud, me semble intéressante, en ce qu'elle offre une démonstration clinique du sens du chatouillement, bien décrit par Gerdy, mais qui n'avait pas encore, que je sache, été isolé expérimentalement de la sensibilité générale. Ici nous trouvons une exaltation considérable de ce genre de sensation, coïncidant avec une notable diminution de la sensibilité de contact. »

M. le Dr Chairou, ancien interne des hôpitaux, a bien voulu me communiquer les détails suivants sur un accident qui lui est arrivé il y a trois ans, et dont les conséquences rentrent dans le sujet de cette thèse.

« Au mois de juillet 1857, étant interne à l'hôpital des cliniques de la Faculté, je fermais un châssis servant de fenêtre quand la corde se rompit; le châssis tomba, les vitres furent brisées, et un fragment

de verre vint frapper mon poignet à la partie antérieure et médiane. La plaie était transversale, de 3 centimètres d'étendue environ; elle saigna si abondamment que, ne pouvant seul arrêter l'hémorrhagie, j'appelai mon collègue, qui m'appliqua un appareil pendant que je comprimais moi-même au-dessus. Réunion par première intention; au bout de huit jours, cicatrice solide. Pendant tout ce temps, je ressentis dans le médius et la partie externe de l'annulaire des douleurs assez vives n'excluant pas une insensibilité tactile très-notable. Je m'explique : le sens du toucher était aboli, mais la sensibilité générale était exaspérée. Au bout d'une quinzaine de jours, l'aspect d'une petite tumeur mobile m'ayant convaincu qu'un fragment de verre était resté sous les téguments, je priai M. le professeur Nélaton de l'extraire. Une incision longitudinale de 4 centimètres fut pratiquée; mais, contre notre attente, elle ne mit à nu que le nerf médian, qui, tiraillé dans quelques tentatives de dissection, me causa dans la main des élancements tels que je priai M. Nélaton de cesser l'opération et de laisser à demeure le malencontreux fragment. C'était, du reste, l'opinion du savant chirurgien. On fit le pansement. Il y eut une légère suppuration. Des adhérences se sont établies entre les tendons des fléchisseurs superficiels et la peau, et chaque fois que j'imprime quelques mouvements à mes doigts, on voit la cicatrice progresser et se déprimer suivant l'impulsion donnée par les tendons sous-jacents.

Ainsi, aujourd'hui, j'ai encore un fragment de vitre qui a probablement creusé son kyste et qui est sous-jacent au nerf médian. Chaque fois que j'établis une compression directe je ressens des élancements très-vifs dans toute la main; c'est, du reste, une expérience que je ne renouvelle jamais volontiers, tant elle me cause de douleur.

Maintenant, de cet accident il est résulté pour moi, dans la moitié interne du médius et externe de l'annulaire, un engourdissement presque aussi considérable aujourd'hui qu'il y a trois ans. Je n'ai pas encore constaté une amélioration notable. Cet engourdissement est

Nos des observations	NOMS DES CHIRURGIENS.	CAUSES.	NERFS BLESSÉS.	TRAITEMENT.	RÉSULTATS.
1	A. Paré	Saignée	?	Médical (*linîments*)	Guérison.
2	Verguiol	Amputation de la jambe			Inconnu.
3	André	Contusion de la fosse canine	Sous-orbitaire	Section. — Cautérisation	Guérison.
4	Planque	Amputation de la jambe	?		Inconnu.
5	Hildenbrand	Extraction d'une dent	Maxillaire inférieur	Cautérisation	Insuccès.
6	Pouteau	Contusion derrière l'oreille	?	Deux incisions	Guérison.
7	—	Contusions multiples à la tête	?	Deux incisions	*id.*
8	—	Chute sur la tête	?	Deux incisions cruciales	*id.*
9	Hoin (de Dijon)	Contusion à la partie antér. de la tête	?	Incision cruciale	*id.*
10	Bosquillon	Saignée de la veine jugulaire	Branche antérieure de la 3e paire cervicale.		Mort.
11	—	Saignée de la veine jugulaire	*id.*		*id.*
12	Georges Bell	Saignée d'une veine du bras	?	*Ligature de la veine*	Guérison.
13	—	Légère coupure du doigt	?	Amputation du pouce	*id.*
14	Verpinet	Coupure	Radial	Trois applications de cautère actuel	*id.*
15	A. Denmark	Coup de balle dans le bras. — Corps étranger	Radial	Amputation du bras	*id.*
16	Molinelli	Ligature } pendant une opération, du			Perte de mouvements et douleur.
17	—	Ligature } pendant une opération, du	Médian		*id.*
18	—	Ligature } pendant une opération, du			Guérison après douleur.
19	Yvan	Coup de balle à la jambe	Sciatique poplitée ext.	Excision de 18 lignes de long.	Guérison.
20	Briquet	Contusion de la face	Sous-orbitaire	Extirpation d'une dent cariée.	Douteux.
21	Jeffreys	Plaie de la face. — Corps étranger	Sous-orbitaire et facial	Extraction du corps étranger	Guérison.
22	Malagodi	Contusion de la jambe	Grand sciatique	Excision	*id.*
23	Larrey (père)	Contusion de la tête et de la face	?		Amélioration au bout d'un an au moins.
24	—	Opération sur le nerf	Brachial cutané interne	Application d'un grain de potasse caustique	Guérison.
25	Sabatier	Saignée de la veine saphène interne.	Saphène interne		Amél. après 5 à 6 ans.
26	—	Coup d'épée	Saphène interne		Amél. au bout d'un an.
27	Portal	Amputation de la cuisse, ligature d'une branche du	Grand sciatique		Inconnu.
28	Delpech	Coup de balle dans la jambe	Tibial postérieur	Excision de 6 lignes de long.	Guérison.
29	—	Maladie de la peau. — Lupus	Cubital	Excision de 6 lignes de long.	Cessation des douleurs. Amél. de la maladie.
30	Bellingeri	Traumatisme mal indiqué	Nerf facial (?)	Traitement médical	Non indiqué.
31	Swan	Coup de griffe d'aigle à l'avant-bras.	?	Excision d'une petite portion de peau autour de la plaie.	Guérison.
32	—	Coupure de la face palmaire du pouce.	?		Mort par épuisement à la suite de douleurs.
33	—	Coup sur le doigt indicateur gauche.	Collatéral	Amputation métacarpo-phalangienne	Insuccès.
34	Wilson	Saignée	?	Incision	Guérison.
35	Hamilton	Coupure du doigt indicateur	Collatéral		*id.*
36	—	Coupure à la face antérieure du pouce.	?	Traitement par le mercure pendant un an	*id.*
37	—	Coupure à la commissure du pouce et de l'indicateur	?	A la suite d'une frayeur	*id.*
38	—	Coupure du pouce	?		Inconnu.
39	Cline	Coupure d'un doigt	?		Amél. au bout d'un an.
40	Baillie	Compression d'un nerf	?	Résection	Guérison.
41	Crampton	Saignée de la veine médiane céphalique	Musculo-cutané	Excision	Guérison lente.
42	Ast. Cooper	Coup	Radial	Excision des 5/8es d'un pouce.	Guérison.
43	—	Opération sur le nerf médian, dont une partie de l'*épaisseur* fut enlevée.	Médian		*id.*
44	Sherwin	Saignée	?	Incision	*id.*
45	Watson	Saignée	?	Quatre incisions	*id.*
46	Earle	Piqûre du pouce	Radial	Excision d'un pouce de long.	*id.*
47	Greene	Extraction d'une dent	?	Ablation d'une petite tumeur dével. à la place de la dent.	*id.*
48	Palmer	Cicatrice vicieuse à la jambe	Péronier	Excision	Guérison imparfaite.
49	Longhi	Amputation de la cuisse	?	Acupuncture	Guérison.
50	Roux	Saignée de la médiane céphalique	?	Application d'un grain de potasse caustique	*id.*
51	Malgaigne	Saignée de la médiane céphalique	?	Vésicatoire pansé avec acétate de morphine	*id.*
52	Jobert	Saignée	?	Sections multiples sur les points douloureux	*id.*
53	Riberi	Saignée	?	Acupuncture	*id.*
54	J. Paget	Plaie des nerfs	Médian et radial		*id.*
55	Desmarres	Plaie du front. — Cicatrice vicieuse	Frontal	Section sous-cutanée des brides cicatricielles	*id.*
56	Graefe	Contusion de l'œil gauche	Sous-orbitaire	Section simple	*id.*
57	Borsa	Coup de balle dans l'orbite gauche. Séjour prolongé de la balle	?	Trépanation de l'orbite.—Extraction du corps étranger.	*id.*
58	Testelin et Warlomont	Opération de cataracte	De l'orbite	Traitem. par sulfate de quinine	*id.*
59	Bourguignon	Ablation d'un sein	?	Traitement médical	Inconnu.
60	—	Contusion de la paroi thoracique	Cutanés en général	Traitement médical (opium, belladone, fer, etc.)	Insuccès.
61	Raynaud	Coup de feu dans le plexus brachial.	Cubital		Inconnu.
62	Chairou	Coupure du poignet.—Corps étranger.	Médian		Non guéri.
63	Borelli	Saignée de la radiale	?	Section sous-cutanée de la partie profonde de la cicatrice.	Guérison.
64	Vinatier	Saignée de la veine médiane céphalique	?	Injections sous-cutanées de sulfate d'atropine	Amélioration notable.
65	J. Cloquet	Saignée de la veine saphène interne.	Saphène interne		Guérison très lente.
66	Bouvier	Opération du torticolis par section sous-cutanée	?		Inconnu.
67	Larrey (fils)	Coup de feu à la partie sous-claviculaire du thorax	?		Non guéri.
68	Valleix	Contusion	Frontal		Inconnu.
69	Londe	Amputation des deux cuisses	?	Médical	Insuccès.
70	Mayo	Amputation de la cuisse, amputation du moignon, résection du nerf	Grand sciatique	Désarticulation de la hanche.	Guérison
71	Bransby Cooper.	Contraction douloureuse des doigts amputation de l'avant-bras ; désarticulation du coude	?	Désarticulation de l'épaule	*id.*

Paris. — Imprimerie de L. Martinet, rue Mignon, 2

plus considérable au médius qu'à l'annulaire, et est comparable le plus souvent à une petite masse de plomb qui serait au bout de mon doigt ; quelquefois des fourmillements, mais plus souvent la sensation sus-indiquée. Par les temps orageux ou les changements de temps, ou encore lorsque ma main a été fatiguée par une opération un peu longue, par exemple, j'éprouve des *élancements violents ;* la sensibilité tactile est à peu près abolie dans les endroits indiqués : ainsi, il m'est impossible de saisir ou de sentir une épingle en me servant des deux doigts malades ; mais, je le répète, la lésion a été assez limitée pour que ce fâcheux symptôme ne retentisse que dans la moitié environ de chaque doigt, l'autre moitié jouissant de l'intégrité de ses fonctions physiologiques. »

Telle est la courte analyse bibliographique que j'ai faite sur les accidents névralgiques consécutifs aux lésions des nerfs. J'ai réuni dans le tableau suivant, avec l'énoncé de la cause à laquelle a succédé la névralgie, le mode de traitement employé, ainsi que le résultat définitif de toutes les observations que j'ai passées en revue ; l'indication du filet nerveux blessé m'a été fort difficile à donner ; je n'ai pas voulu conclure de moi-même, d'après les symptômes rapportés par les auteurs, à la lésion de tel ou tel nerf et le désigner de mon autorité privée, dans la crainte de commettre une erreur : souvent les auteurs n'ont pas donné cette indication ; j'ai fait comme eux, je me suis abstenu.

CAUSES.

Je n'ai pas à m'étendre longuement sur ce chapitre. Après les opérations chirurgicales, les causes qui reviennent le plus fréquemment sont les coups déterminant des contusions, les coupures, les plaies d'armes à feu, etc.

Voici le relevé des causes, d'après leur nature et leur fréquence relative :

Opérations chirurgicales.

Saignée	de la veine médiane céphalique....	4
	de la veine jugulaire.....	2
	de la veine saphène interne.....	2
	de la veine radiale.....	1
	des veines non désignées.....	7
Amputation de la cuisse.....		3
— de la jambe.....		2
Ablation d'un sein.....		1
Section sous-cutanée pour un torticolis.....		1
Ligature de nerfs.....		3
Opération sur un nerf.....		1
— de cataracte.....		1
— non désignée (cicatrice vicieuse)....		1
Extraction de dents.....		2
		31

Plus, deux cas où la cause première n'est pas indiquée, mais où la névralgie a continué après plusieurs amputations successives.

On voit par ce tableau que la saignée tient à elle seule une assez large part dans le nombre des causes par opération, puisque, sur ce chiffre de 31, elle y entre à elle seule pour le nombre de 16.

Traumatisme accidentel.

Contusions ou plaies contuses.....	15
Plaies par instruments tranchants.....	12
Plaies par instruments piquants.....	2
Plaies par armes à feu.....	6
	35

En laissant de côté un des cas de Delpech, qui reconnaissait pour cause une maladie de la peau, si l'on compare ces deux résultats, on a environ, pour le nombre de causes traumatiques, un septième en plus du nombre des causes par opérations chirurgicales.

SYMPTÔMES.

Avant de commencer l'étude des symptômes des névralgies traumatiques, je donne ici l'observation suivante que j'emprunte au mémoire d'Hamilton et qui a été communiquée à ce dernier par son confrère Crampton; cette observation m'a paru, en quelque sorte, représenter le type de l'affection que j'ai essayé de décrire; aussi ai-je pensé qu'il n'était pas sans intérêt de la publier en entier.

« Une dame de 18 ans fut saignée au bras droit, le 2 décembre 1815; elle n'éprouva alors aucune sensation particulière. Le soir du jour suivant et le lendemain matin, son bras devint le siége d'une roideur inaccoutumée qu'on attribua à ce que la malade avait trop écrit. Le dernier jour cependant, pendant une course en voiture, elle fut saisie d'une douleur des plus intolérables, s'étendant depuis la piqûre jusqu'au bout des doigts. La malade la regarda comme la plus violente qu'elle eut jamais ressentie; elle cessait pendant une minute ou deux, puis reparaissait accompagnée d'une sensation bizarre de battements. Bientôt les intervalles de bien-être devinrent plus longs, et il y avait peu de douleurs, aussi longtemps que le bras était maintenu immobile. Le jour suivant, la douleur prit un grand accroissement, le bras ne pouvait plus être étendu; il était légèrement gonflé, la main était engourdie et froide. Pendant un jour ou deux, la douleur cessa, puis augmenta ensuite, au point de devenir presque insupportable; *elle s'étendit au côté correspondant de la face, où les souffrances étaient affreuses.*

« Anorexie complète; malgré l'usage de l'opium, nuits sans sommeil. Le changement de température avait un effet marqué sur la douleur, qui devenait beaucoup plus vive pendant les gelées. Malgré diverses médications, cet état persista jusqu'au mois de mars suivant, époque à laquelle les intervalles de bien-être devinrent plus longs. Le 3 avril 1816, elle se donna sur le dos de la main un léger coup qu'elle

ressentit à peine sur le moment même; mais bientôt le point frappé se tuméfia, s'enflamma et, de temps à autre, apparurent des attaques d'inflammation du poignet qui causaient des souffrances qu'on ne saurait décrire. Les sangsues causaient toujours un soulagement marqué. Depuis cette époque jusqu'au mois de juillet, les douleurs brachiales et celles du poignet firent beaucoup souffrir la malade dont la santé s'altérait de plus en plus ; elle était presque continuellement forcée de tenir le lit; son moral était considérablement affaissé. Au mois de juillet, se joignit à ces accidents un symptôme fâcheux dont nous reparlerons plus bas, *la contracture permanente du pouce et des doigts*. Ce qui calmait le mieux les souffrances pendant un certain temps, c'était une forte compression du membre, mais ensuite il en résultait une augmentation consécutive dans ces symptômes.

«Sir A. Cooper, John Bell, Baillie, H. Cline, furent consultés spécialement sur la question de savoir si l'incision d'une portion du nerf blessé pourrait être essayée dans le but de dompter ces symptômes désolants. Voici ce que disait M. Crampton dans une lettre adressée à Sir A. Cooper : « La santé de cette jeune dame est à présent grandement améliorée et l'irritation nerveuse semble bornée au nerf blessé et aux parties qui sont en contact avec lui. La douleur est encore très-aiguë et s'étend de la piqûre de la lancette aux extrémités digitales. Mais le symptôme le plus fâcheux est une violente contraction spasmodique des muscles fléchisseurs, en raison de laquelle le pouce et les doigts, quand ils ne sont pas maintenus par le moyen d'une force mécanique, sont fléchis avec assez de force pour surmonter toutes les résistances qu'on voudrait leur opposer. Cette action irrégulière des fléchisseurs, loin de diminuer leur puissance, semble, au contraire, chaque jour en augmenter la force ; il faut aujourd'hui presque toute la force de mes deux mains pour étendre un doigt qui a cessé d'être assujetti. D'après toutes ces circonstances, je serais fortement disposé à diviser le nerf irrité ou plutôt à en exciser la portion qui a dû être blessée. La saignée a été faite sur la

veine céphalique, et il est très-probable que la pointe de la lancette, après avoir traversé de part en part la veine, aura pénétré dans le tronc du nerf musculo-cutané qui, au pli du coude, accompagne dix-neuf fois sur vingt la veine céphalique, en arrière de laquelle il est directement situé. Je pense que je n'aurai pas de difficultés à trouver ce nerf, au moment où, sortant de dessous le biceps, il passe sous la veine. Il y a un cas rapporté par M. Watson, dans le 2e vol. des *Med. communications,* p. 251, qui vient fortement à l'appui de cette manière de voir. Je crois, en effet, qu'on peut sans difficulté admettre que l'issue favorable de ce cas doit être plutôt attribuée à la division du nerf qu'à celle du fascia. Vous pourrez peut-être aussi retrouver un cas rapporté par M. John Sherwin, (4e vol. de *Duncan's medical commentaries*). Ce sont les deux seuls exemples bien dignes de foi que je puisse trouver ou me rappeler, et dans lesquels on ait pratiqué avec succès une opération dans le but de remédier à des symptômes consécutifs à la piqûre d'un nerf dans la phlébotomie. »

« Le Dr Baillie et sir A. Cooper furent les seuls qui regardèrent l'opération comme convenable. Ce dernier cependant conseilla de tenter auparavant l'emploi de l'électricité.

« Ce moyen n'ayant produit aucun effet, les accidents augmentant tous les jours, M. Crampton pratiqua l'opération au mois de décembre 1816. Alors la douleur et la contraction spasmodique étaient pires que jamais ; ce dernier phénomène était porté à un degré tel que, malgré l'emploi d'un instrument qui, par le moyen d'un écrou, tendait à étendre les doigts, les ongles s'étaient enfoncés dans les chairs de la paume de la main où ils avaient fait naître un ulcère sordide ; ce qui n'est pas moins singulier, le bras s'était couvert de poils.

« Le nerf fut trouvé avec facilité, au moment où il longe le bord externe du tendon du biceps et on en réséqua un quart de pouce.

« Cette partie de l'opération ne fut terminée qu'avec la plus grande difficulté, en raison de la position et de la contraction du bras, et des mouvements spasmodiques violents excités par l'opération.

L'effet immédiat de la division du nerf fut le relâchement complet des doigts qui étaient restés contractés pendant plusieurs mois, et la disparition de la douleur. Au bout de vingt heures cependant, les mouvements spasmodiques revinrent avec la plus grande violence; toutes les parties du corps furent agitées des spasmes les plus effrayants, pendant plusieurs jours, et presque sans relâche. La connaissance cependant ne fut pas perdue un seul instant et les douleurs n'étaient pas très-violentes. En deux ou trois semaines, toute tendance au spasme disparut, la santé générale s'améliora si bien, que la jeune dame put reparaître dans le monde. Souvent cependant elle se plaignait de douleurs dans le bras; l'opération n'avait pas moins eu pour résultat la disparition complète des accès d'inflammation et des spasmes. Dans l'été de 1817, une petite portion saillante de la cicatrice devint extrêmement sensible. Le plus léger attouchement sur cette partie produisait des évanouissements; on l'excisa dans le mois d'août. A cette nouvelle opération succédèrent des spasmes violents qui durèrent pendant plusieurs jours; mais la plaie se cicatrisa avec facilité, et depuis, jamais elle ne redevint sensible au toucher. Au mois de septembre, la paroi abdominale devint sensible à la pression; les intestins étaient irrités. Ces symptômes cédèrent à des saignées locales et aux opiacés. Depuis cette époque, deux ou trois attaques du même genre ont cédé aux mêmes moyens.

« Au mois de mars 1818, elle reçut un coup très-léger sur le dos de la main : comme dans la première période de sa maladie, ce coup fut suivi d'une inflammation du poignet, et, pendant les trois mois suivants, l'inflammation revint avec une régularité remarquable, une fois tous les quinze jours, puis plus fréquemment et à des intervalles irréguliers; mais, depuis le mois de décembre dernier, elle se manifesta de nouveau avec la plus stricte régularité, une fois par semaine, vers six heures du soir. La douleur commence dans le point de la blessure primitive du bras, s'élance par en haut du côté de la tête et s'étend en bas du côté du poignet et des doigts. En peu de minutes, le poignet prend un volume extraordinaire et devient

d'une couleur rouge brillante, et on applique immédiatement les sangsues qui, en une heure environ, soulagent la douleur excessive de la main ; mais il n'en reste pas moins une douleur excessive dans la tête, qui oblige la malade à garder le lit pendant tout le jour suivant.

« Depuis les dernières semaines, chaque attaque nouvelle est devenue plus violente et plus longue ; la tête est à peine exempte, pendant quelques instants, d'une douleur qui devient intolérable dans les moindres mouvements. La malade a maigri rapidement, a perdu l'appétit, et des sueurs abondantes ont lieu chaque nuit.

« A cette époque, elle prit froid et fut affectée d'une pneumonie, pour laquelle elle fut saignée et soumise à l'emploi du mercure. Les gencives furent immédiatement affectées, mais la violence des paroxysmes nerveux cessa. Deux apparitions hebdomadaires furent remplacées par des attaques plus légères tous les quinze jours, puis elles devinrent mensuelles, et enfin, entre le troisième et le quatrième mois, la malade se trouva parfaitement exempte de toute espèce de douleur.

« Dans cet exemple, la violence de la maladie fut d'abord affaiblie par l'ablation du nerf blessé, et la guérison fut ensuite complété par l'emploi purement accidentel du mercure. »

J'ai dit, en commençant cette thèse, que la *douleur* était le symptôme prédominant des accidents nerveux variés que j'étudie sous le titre commun de *névralgie traumatique*. Que cette douleur reconnaisse pour cause une plaie quelconque, une amputation ou une saignée, etc., son point de départ est *toujours* le lieu même de la plaie ou de la cicatrice de celle-ci ; *jamais*, au début, elle ne naît ailleurs que dans le point lésé.

En général, quand la névralgie est la conséquence de la piqûre d'un nerf dans l'opération de la saignée, la douleur suit immédiatement le temps de la ponction de la veine : le malade pousse un cri et accuse tout aussitôt une vive souffrance, d'abord au niveau de la piqûre, puis généralement vers l'extrémité inférieure du membre,

et enfin consécutivement vers la racine de celui-ci ; ainsi, d'abord descendante, elle ne tarde pas à devenir ascendante. Dans certains cas, ce n'est que quelques heures après la saignée, quelquefois même un jour ou deux ou plus, alors que la petite plaie est presque fermée, que la douleur se manifeste. Le moment de son apparition est plus varié encore quand elle est le résultat d'une plaie ou d'une amputation ; quelquefois, ce n'est que plusieurs jours, plusieurs mois, plusieurs années même après l'accident ou l'opération, qu'on la voit survenir : trois jours après, chez un malade de Hamilton, dix-huit jours après, chez un malade d'Yvan, en général, plus tard encore, chez les amputés, après la cicatrisation du moignon, *cinq années* enfin après l'accident, chez le malade de Malagodi. Le plus souvent elle vient sans nulle cause occasionnelle immédiate ; quelquefois cependant elle est provoquée par une chute, un choc, un tiraillement des parties voisines de la plaie ou de la cicatrice, l'impression d'un brusque changement de température, un écart de régime, une émotion morale vive, etc., etc.

Ses caractères précis sont difficiles à décrire ; quelquefois légère, sourde, ou obtuse au début, elle met le blessé dans une inquiétude agitée qu'augmente l'anxiété d'une souffrance plus grande ; quelquefois elle est vive et soudaine ; née de la cicatrice, elle traverse comme un trait de feu les parties voisines et détermine chez le malade un violent soubresaut. Je ne puis mieux la caractériser qu'en empruntant à Cotugno son heureuse expression de *fulgura doloris*. Souvent elle est instantanée et cesse aussi rapidement qu'elle est venue ; souvent aussi elle persiste un instant et plonge le malade dans un état inexprimable, puis disparaît sans laisser aucune trace.

Son trajet, quelquefois régulier, suit alors exactement le nerf blessé, d'abord dans ses branches périphériques, puis quelquefois dans le tronc lui-même, au-dessus de la blessure ; elle peut être généralisée dans toute l'étendue du nerf ou seulement se localiser dans quelques points douloureux fixes, comme M. Jobert l'a observé chez une de ses malades.

Souvent aussi elle affecte en même temps un trajet que ne représente nullement la direction du nerf, et l'on pourrait alors la placer sous la dépendance d'autres troncs, si l'on ne connaissait exactement par la plaie son véritable point de départ ; dans ce cas, une partie du corps où se rendent des nerfs de différents ordres est quelquefois complétement envahie, et le malade accusera une douleur générale vive, lancinante, dans toute la moitié de la face ou dans tout le bras, par exemple. Enfin, dans quelques cas, on l'a vue se propager aussi loin que possible du point de départ et dans des parties dont les nerfs ne présentent aucune connexion avec celui primitivement atteint ; c'est ainsi que, de l'avant-bras, elle a successivement remonté vers le bras, l'épaule, le cou, la tête, le tronc et jusque vers les membres inférieurs.

A quoi est-il permis d'attribuer une marche si irrégulière, si anormale en quelque sorte à la manifestation d'un symptôme qui a, pour ainsi dire, sa route naturelle toute tracée? Je l'ignore. Est-ce une simple transmission par l'axe encéphalo-médullaire du nerf blessé à d'autres branches nerveuses? Est-ce une réaction du système nerveux central? Est-ce sympathie? Je laisse à d'autres plus expérimentés le soin de résoudre ces problèmes. Quoi qu'il en soit, il est bien manifestement établi par des faits que quelquefois la douleur ne reste pas limitée au nerf lésé, qu'elle peut se propager sur d'autres branches nerveuses, se généraliser même sur une grande partie du corps. Dans ces cas toutefois, le centre d'irradiation douloureuse est *toujours* la plaie ou la cicatrice, et il faut ajouter enfin que les souffrances n'ont *jamais* non plus dans d'autres points le caractère d'acuité qu'elles conservent dans celles-ci.

Quelquefois le malade n'éprouve qu'un élancement rapide et douloureux dans la partie blessée, revenant de temps en temps à intervalles inégaux ; quelquefois aussi la douleur affecte une forme périodique assez bien marquée et constitue alors une sorte d'affection intermittente, à accès à peu près fixes et réguliers, laissant entre

eux des intervalles de bien-être complet. Je reviendrai plus loin sur ce dernier point.

Après la douleur proprement dite, ou *douleur névralgique*, les *troubles de la sensibilité et de la motilité* tiennent incontestablement le second rang par leur importance pathologique et leur fréquence. Je laisse, bien entendu, de côté ces brusques soubresauts qu'éprouve le malade au moment où il perçoit une souffrance vive et instantanée, et je ne m'occupe que de ces contractions plus ou moins prolongées qui envahissent un ou plusieurs groupes de muscles et persistent plus ou moins longtemps, soit pendant toute la durée de la maladie, soit seulement pendant l'accès névralgique. C'est principalement dans les membres, à cause bien entendu de la plus grande fréquence des lésions de ces parties, que l'on observe ces phénomènes, et c'est là aussi que l'on peut le mieux les étudier.

Quelques jours après l'accident, le malade s'aperçoit que la peau de la région qui environne la cicatrice est devenue le siége de picotements désagréables , de fourmillements incommodes, d'une sensation de chatouillement pénible, d'abord limitée, mais qui ne tarde pas à s'étendre en différents sens. Au plus léger choc, au moindre coup, sont ressenties en quelque sorte des milliers d'étincelles, jaillies brusquement dans toute l'étendue du membre. Enfin cette sensibilité devient si exquise et en même temps si pénible que le malade redoute avec effroi le moindre attouchement, remue le moins qu'il peut, enveloppe avec les plus grandes précautions la partie sensible, fait prendre à celle-ci des positions aussi variées que possible, évite, en un mot, le moindre contact avec un corps un peu résistant : la malade que M. Riberi a guérie au moyen de l'acupuncture d'une névralgie brachiale à la suite d'une saignée marchait constamment de côté, l'épaule basse ; le jeune blessé de Sabatier, qui avait reçu un coup d'épée dans le nerf saphène interne, ne pouvait supporter l'ébranlement causé par une course en voiture, etc.

Ces phénomènes du côté de la sensibilité peuvent ne pas être con-

tinus; ils présentent souvent des périodes de rémission et quelquefois même assez brusques : chez une malade d'Hamilton, ils disparaissaient en une nuit pour ne revenir qu'au bout de quelques jours; chez une femme du service de M. Symly, à l'hôpital de Meath, l'exacerbation avait lieu tous les soirs, etc.

Les *troubles de la motilité* ne sont pas moins intéressants que les précédents.

Ils ne consistent quelquefois que dans un simple tressaillement ou un léger tremblement des muscles voisins de l'endroit blessé, revenant à intervalles très-variables.

Quelquefois, au contraire, et le plus souvent accompagnée de douleur, une violente contraction se manifeste; tantôt elle est bornée à la partie blessée ou aux muscles voisins; tantôt tout un membre ou une section de membre est envahie; tantôt enfin le spasme est général et semble faire participer à ce désordre fonctionnel tous les muscles de l'économie; le corps tout entier se roidit, la respiration s'arrête, le regard devient fixe, la face se crispe et exprime l'anxiété..., puis tout cesse; cette seconde d'angoisses passée, le patient n'éprouve plus rien; le calme est rétabli. Ceci est le cas le plus fréquent et le moins grave; c'est ce qui constitue le *spasme musculaire partiel ou généralisé.*

D'autres fois la contraction musculaire se manifeste d'une façon lente et persistante; c'est alors une véritable *contracture.*

Après un temps variable, le malade s'aperçoit qu'il éprouve une certaine difficulté à remuer telle ou telle partie du corps; il ne pourra, par exemple, étendre avec facilité les doigts ou l'avant-bras. Bientôt cette roideur ne pourra plus être vaincue par le seul fait de la volonté; le blessé sera obligé d'employer un effort mécanique direct sur la partie elle-même, et cette action sera toujours accompagnée de douleurs, quelquefois très-vives, ainsi que je l'ai observé sur un jeune malade de M. Nélaton.

Cette contraction persistante peut être portée extrêmement loin

et produire de véritables désordres. Une jeune malade d'Hamilton éprouvait une contraction, fort douloureuse à l'extension forcée, du pouce blessé et de l'indicateur de la même main. Chez un malade, à qui Molinelli appliqua, *seulement pendant peu d'instants,* une ligature sur le nerf qui accompagne l'artère brachiale, *le bras resta fléchi, de sorte que, par la suite, l'extension ne put jamais être parfaite.* La fille d'un chirurgien de Londres, à qui H. Cline donna des soins, était en proie à une contraction spasmodique si violente dans le membre supérieur, que celui-ci *était doublé en quelque sorte et que la main était venue reposer sur l'épaule correspondante.* Chez la jeune dame à qui Crampton réséqua un quart de pouce du nerf musculo-cutané, malgré l'emploi d'un instrument qui, par le moyen d'un écrou, tendait à étendre les doigts, les ongles s'étaient *enfoncés* dans les chairs de la paume de la main *où ils avaient fait naître un ulcère sordide.*

J'ai déjà montré, plus haut, le peu de rapport qui existe entre le nerf blessé et le trajet de la douleur; je fais remarquer ici combien il existe peu d'analogie entre la contracture, pur phénomène de motilité, et la blessure d'un nerf de sensibilité, ou encore d'un nerf moteur sous la dépendance duquel les muscles contracturés ne sont point du tout placés.

Quelquefois enfin, au lieu d'observer, comme je viens de le dire plus haut, une sorte d'exagération dans l'action musculaire, c'est une véritable paralysie plus ou moins localisée que le chirurgien est appelé à soigner. Elle reconnaît souvent pour cause la présence d'un corps étranger, soit dans l'épaisseur même d'un tronc nerveux, soit aux environs de celui-ci. Dans ces cas, la marche des phénomènes est parfaitement simple : outre les symptômes névralgiques proprement dits, on observe la perte de mouvement dans tel ou tel muscle animé par le nerf blessé. Tel était le cas de la malade de Jeffreys, qui pratiqua l'extraction d'un fragment de porcelaine enfoncé dans la joue et comprimant à la fois des branches du sous-orbitaire et du facial.

Quelquefois, sans aucun corps étranger, après l'opération de la saignée, par exemple, une paralysie inexplicable, comme a dit M. Robert, se manifeste dans telle ou telle section du membre. La malade de M. Vinatier était paralysée de la main, et les mouvements de flexion de l'avant-bras sur le bras étaient pénibles et très-lents. A un degré moindre, les malades éprouvent aussi une sensation de lourdeur indéfinissable, comme si une masse de plomb était fixée à l'extrémité de leur membre.

Tel est, à peu près, l'exposé succinct des trois symptômes principaux des névralgies traumatiques.

Il n'est pas rare toutefois, surtout quand la névralgie se manifeste d'une façon périodique, par accès, de voir quelques autres signes d'une moindre valeur accompagner les précédents.

Au début d'un accès, la douleur est souvent suivie de *tuméfaction* et de *rougeur* de la partie blessée ou des environs de celle-ci; quelquefois la rougeur manque et le gonflement est alors pâle, œdémateux et d'une sensibilité extrême; il disparaît avec la même facilité qu'il vient, presque tout d'un coup ou en peu d'heures; quelquefois la partie malade est engourdie et froide.

Une exagération très-sensible dans la sécrétion cutanée se manifeste souvent aussi pendant les accès : les parties douloureuses sont couvertes d'une *sueur abondante*.

Chez un soldat de Larrey, les cheveux et la moustache du côté blessé étaient devenus durs et hérissés. La jeune malade de Crampton, un an après l'accident, avait le bras couvert de poils, etc., etc.

Dans aucune des observations que j'ai lues il n'est fait mention de fièvre ou d'accidents inflammatoires. Quand un auteur parle de rougeur et de gonflement, il a bien soin d'ajouter qu'il n'y avait dans ces signes absolument rien qui pût faire supposer un état phlegmasique ; cependant une fois l'erreur a été commise, et un bistouri, profondément enfoncé dans la région œdématiée et rouge, ne donna issue à aucune collection et ne calma nullement les douleurs.

La durée des accès névralgiques est extrêmement variable ; tantôt, au bout de quelques instants, tout est fini, tantôt, au contraire, le malade est en proie à des accidents de toutes sortes pendant plusieurs heures, un jour, deux jours et plus, comme j'ai eu l'occasion de le remarquer chez un employé de l'administration des hôpitaux à qui j'ai donné des soins l'année dernière à l'Hôtel-Dieu ; chez ce malade, l'accès durait quelquefois un jour ou deux ; il ne disparaissait que lorsque le patient était à moitié *empoisonné* par le sirop de morphine qu'il s'administrait lui-même à fortes doses, malgré les précautions que l'on prenait pour l'en empêcher.

La marche et la durée de la maladie n'ont rien de fixe, comme, au reste, la plupart des accidents liés au système nerveux. Souvent les malades, à force d'observations et de soins, adoucissent peu à peu leur position, modèrent leurs crises, et, selon l'expression vulgaire, vivent avec leur mal. D'après les observations que j'ai lues, abandonnée à elle-même ou traitée par l'emploi de moyens purement médicaux, la névralgie traumatique à symptômes légers a fini par disparaître dans un temps plus ou moins long. Mais, d'ordinaire, quand les douleurs sont excessives, quand elles se compliquent surtout de troubles du côté de la motilité, il est rare que le malade ne vienne pas réclamer les secours du chirurgien, et ne se décide pas à tenter les chances d'une opération. Presque toujours, dans ces cas, la constitution est altérée, les forces sont épuisées par les souffrances et la vie misérable que mènent les malades presque constamment obligés de garder le lit ; toutes les fonctions sont notablement dérangées ; l'appétit est nul, le sommeil est rare, les malades maigrissent et tombent enfin dans un état tel, que le chirurgien ne peut hésiter à agir.

Loin d'affirmer avec Descot que la *constitution* ou l'état antérieur de santé du blessé a *toujours* une influence marquée sur la production des accidents, j'affirme tout le contraire, à savoir que ce sont les accidents névralgiques qui ont de l'influence sur la constitution. Qu'a de commun la constitution avec la douleur qui se manifeste

après la piqûre d'un nerf? La douleur, dans ce cas, est en quelque sorte une manifestation pathologique normale, et la constitution n'a aucune influence sur elle, ni pour la faire naître, ni pour la faire cesser. Quand on ouvre une artère, il en sort du sang, et la constitution n'est pour rien dans la production du phénomène; et cela a lieu aussi bien chez l'homme sain que chez l'homme malade, chez le syphilitique que chez le pléthorique, chez l'anémique que chez le tuberculeux, etc. etc.

Je le répète, il me paraît aussi naturel et aussi indépendant que possible de l'état de la constitution, de voir souffrir un individu qui a un nerf incomplétement divisé ou des adhérences vicieuses d'un nerf avec une cicatrice, que de voir couler du sang quand on ouvre un vaisseau, ou de voir cesser l'écoulement d'un liquide de sécrétion quand on lie le canal qui transmet celui-ci au dehors. La constitution peut être modifiée par tous ces phénomènes de pathologie physiologique, mais elle ne peut avoir aucune influence sur eux. Le soldat le plus robuste souffre d'une cicatrice vicieuse tout autant que la jeune fille la plus frêle; seulement, il est logique d'admettre que la constitution de celle-ci sera bien plus tôt altérée que celle du premier, parce qu'elle est moins en état de résister aux désordres qui sont la suite d'une douleur prolongée.

Les *complications* les plus fréquentes que l'on observe après un temps plus ou moins long sont, en dehors de l'état d'irritabilité dans lequel la douleur finit par plonger le malade, l'*hystérie* et l'*épilepsie*. Je n'insiste pas sur ces deux affections, il me suffit de les signaler.

Au point de vue de la fréquence des accidents névralgiques après les plaies, les chirurgiens s'accordent à reconnaître leur rareté, comparativement au grand nombre de lésions qu'on observe journellement.

Dans le relevé que j'ai fait de 71 observations de névralgies traumatiques, j'ai trouvé que les nerfs le plus fréquemment atteints venaient dans l'ordre suivant :

Nerfs	médian	6 fois.
—	radial	5 »
—	saphène interne	3 »
—	de la 3e paire cervicale	2 »
—	sous-orbitaire	3 »
—	facial	2 »
—	cubital	2 »
—	collatéraux des doigts	2 »
—	frontal	1 »
—	sus-orbitaire	1 »
—	de l'orbite	1 »
—	de la peau en général	1 »
—	musculo-cutané	1 »
—	brachial cutané interne	1 »
—	grand sciatique	2 »
—	sciatique poplité externe	1 »
—	péronier	1 »
—	tibial postérieur	1 »
—	maxillaire inférieur	1 »
		37

Il faut ajouter à ce relevé 34 cas dans lesquels les nerfs ne sont point indiqués ; ce sont, autant qu'il est possible d'en juger par les observations, de petits filets nerveux cutanés appartenant au cuir chevelu, au pli du bras et aux doigts, ou bien les nerfs de toute une section du membre après une amputation.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

L'anatomie pathologique des névralgies traumatiques est loin d'être connue d'une façon positive. Si l'on en croyait Sanson et M. Roche, la névralgie étant une véritable inflammation des cordons nerveux, on doit trouver les nerfs qui en sont le siége « rouges, tuméfiés, infiltrés d'un liquide gélatineux, avec injection des vaisseaux, etc. etc. » Ces auteurs, néanmoins, qui semblaient soupçonner

tout ce qu'il y a d'exagéré dans cette description, ne l'ont donnée qu'en mettant en avant les observations de Van-de-Keer et semblent assez franchement laisser à ce dernier toute la responsabilité de ce qu'ils ont écrit d'après ses travaux.

Nous croyons que, lorsque la névralgie reconnaît pour cause la présence d'un corps étranger, celui-ci peut bien, par l'irritation locale constante qu'il exerce sur les nerfs environnants, déterminer dans ceux-ci un petit degré d'inflammation ; mais, dans aucun cas, à notre avis, cette inflammation n'offrira les caractères si tranchés que se sont plu à lui attribuer les auteurs que je viens de nommer.

Quoi qu'il en soit, nous pensons, en outre de ce qu'a dit Delpech, que la véritable cause, la cause immédiate des douleurs névralgiques, après une plaie de nerfs, réside dans l'adhérence de la portion lésée du nerf avec les tissus voisins, dans le tiraillement exercé, d'abord d'une façon générale, par les mouvements, et ensuite localement, par la rétraction du tissu de cicatrice. Je n'insiste pas pour démontrer combien tous les malades redoutent le moindre ébranlement dans la partie affectée et recherchent l'immobilité de celle-ci; quant à cette propriété si remarquable de rétraction dont est doué le tissu inodulaire, je crois qu'elle rend parfaitement compte de la production des douleurs, au moins dans beaucoup de cas, et entre autres, chez les amputés. Il n'est pas rare de voir chez ceux-ci, à mesure que la cicatrice se forme, aussitôt qu'elle commence à se resserrer, à se durcir, à s'enfoncer vers le centre du moignon, apparaître des douleurs, qui, légères et passagères d'abord, prennent peu à peu plus d'intensité, à mesure que la cicatrisation s'opère et dégénèrent enfin en une véritable névralgie alors que la guérison est complète.

Quand on dissèque un nerf qui a été complétement coupé et qui ne s'est pas réuni avec le bout inférieur, on trouve constamment l'extrémité inférieure du bout supérieur volumineuse, renflée au point d'avoir quelquefois un volume triple de celui du tronc, et en même temps adhérente à la cicatrice des tissus voisins.

Je sais bien que cette théorie ne rend pas compte de tous les cas de névralgies ; que, par exemple, on ne peut pas invoquer l'influence de la cicatrice dans une douleur névralgique qui survient *immédiatement* après la saignée. Cela est parfaitement juste; aussi je pense qu'il faut bien distinguer la douleur qui succède à la piqûre d'un nerf, laquelle douleur est normale, physiologique, de celle qui survient trois, quatre, six mois, un an après une amputation, et est le résultat de la formation d'un tissu nouveau. On peut m'objecter qu'une fois la piqûre cicatrisée, le malade ne devrait plus rien éprouver ; je répondrai que, du moment qu'il y a eu solution de continuité du nerf, piqûre aussi fine ou plaie aussi petite que possible, il y aura exsudation et organisation de lymphe plastique, et par conséquent, formation d'une cicatrice qui agira comme je l'ai dit plus haut ; de sorte que le malade pourra bien avoir éprouvé d'abord une douleur normale, parce qu'il a eu un nerf piqué, puis une douleur pathologique, parce que ce nerf est le siége d'une cicatrice.

Je livre timidement cette opinion à l'appréciation de mes juges.

DIAGNOSTIC.

Le diagnostic des névralgies traumatiques est presque toujours facile. D'eux-mêmes, les malades mettent le chirurgien sur la voie de la connaissance exacte de la nature de leur affection, par le récit de l'accident qui leur est arrivé, et de l'apparition des douleurs consécutivement à celui-ci. On connaît le caractère des douleurs, je ne reviendrai pas sur ce point; on a vu dans les symptômes que le centre d'irradiation douloureuse est toujours à la cicatrice ; le chirurgien devra examiner celle-ci avec attention ; il recherchera si le moindre contact sur ce point exaspère les souffrances, et si, au contraire, une forte pression exercée au-dessus, soit avec la main, soit avec un appareil, ne les modère pas, ou même ne les fait pas disparaître.

Les cas dans lesquels on a observé pendant les accès névralgiques une tuméfaction accompagnée de rougeur pourraient quelquefois tromper, et faire croire à un érysipèle, à un phlegmon ou une angioleucite ; mais dans ces cas on observe toujours un appareil fébrile plus ou moins marqué, et j'ai noté plus haut que l'on n'avait jamais vu d'accélération du pouls, même dans les cas d'accès les plus intenses : en outre, la tuméfaction et la rougeur ne sont que momentanées, et disparaissent assez facilement aussitôt que cesse la douleur, qui est loin de ressembler à celle des affections dont je viens de faire mention.

TRAITEMENT.

Dans les cas les plus simples, on peut dire que le traitement est à peu près nul, et que la nature et le temps se chargent à eux seuls de travailler à la guérison. M. Velpeau est d'avis que, dans aucun cas, il ne faut avoir recours à une opération avant d'avoir préalablement essayé l'emploi de moyens thérapeutiques ; ce conseil du maître est plein de prudence, et je m'empresse de le proclamer. Dans quelques cas heureux, ceux d'Ast. Cooper, de M. Malgaigne, qui, par exemple, a guéri radicalement l'un de ses malades par l'application d'un petit vésicatoire pansé avec l'acétate de morphine, l'expectation ou un traitement médical approprié ont donné de bons résultats. Malheureusement il est loin d'en être toujours ainsi, et je crois que, dans l'immense majorité des cas, la médecine opératoire seule peut guérir les malades. Néanmoins je crois qu'avant d'en arriver à une opération, on peut sans crainte essayer l'emploi des préparations d'opium, de morphine, de belladone, en un mot, des médicaments calmants et antispasmodiques, qui ne peuvent évidemment avoir aucun inconvénient, s'ils n'apportent pas de soulagement.

Les praticiens anglais, il y a quelques années surtout, accordaient aux préparations mercurielles une vertu que malheureusement

l'observation est loin de confirmer. Crampton, par exemple, a attribué à l'absorption du mercure la terminaison de la névralgie dont sa jeune malade était affectée; je crois que, dans ce cas, le chirurgien anglais a un peu trop méconnu l'influence de l'excision de plusieurs lignes du nerf blessé.

Je pense aussi qu'il y a des cas où le chirurgien doit s'abstenir de toute tentative opératoire. Le malade à qui j'ai donné des soins à l'Hôtel-Dieu a été amputé des deux cuisses par M. le professeur Jobert de Lamballe, et éprouve souvent des accès névralgiques terribles. Que pourrait faire le chirurgien en pareille occurrence? Exciser les deux grands nerfs sciatiques serait l'opération qui aurait le plus de chances de réussite; mais, en vérité, est-il permis de soumettre encore au hasard de deux nouvelles opérations un homme qui a déjà eu le bonheur, presque inespéré à Paris, de guérir de deux amputations de cuisse. Ce malade se *narcotise,* si j'ose m'exprimer ainsi, avec de fortes doses de sirop de morphine, et franchit de la sorte, tant bien que mal, les périodes atroces des accès auxquels il est en proie.

Les opérations que l'on a proposées sont l'*incision*, l'*excision*, la *cautérisation* au fer rouge et par les caustiques, l'*incision* avec un couteau rougi au feu, l'acupuncture, l'électro-puncture; enfin, dans un cas de névralgie, à la suite de saignées, Georges Bell mit *la veine* à nu, pratiqua sur elle deux ligatures, et réséqua la portion intermédiaire; cette opération, qui est loin d'être irrationnelle dans certains cas, fut suivie de succès. M. le professeur Malgaigne conseille de mettre le nerf à nu, de le sectionner, de disséquer les deux bouts, et de retourner ceux-ci sur eux-mêmes, de façon à mettre en contact médiat les deux extrémités, ou même d'interposer entre eux un petit morceau de chair saignante, afin que le rétablissement de la circulation nerveuse ne puisse plus s'opérer.

Si j'osais me permettre une objection contre le procédé de l'illustre représentant de la médecine opératoire en France, je dirais que les nerfs, de même que les artères, sont matière à laquelle il

faut toucher le moins possible ; que si une petite plaie, aussi minime que celle que peut faire la pointe d'une lancette dans la saignée, produit d'épouvantables douleurs, il y a bien des chances pour qu'une dissection, qui sur certains nerfs n'aurait absolument rien de commode, devînt à son tour, de remède, cause de mal. En conséquence je suis donc porté à croire qu'il faut s'en tenir à l'excision, laquelle, ainsi que le relevé suivant en fait foi, m'a paru donner les meilleurs résultats.

Dans les 71 observations relatées plus haut on voit que :

L'*excision* a été pratiquée 10 fois, et a donné 9 succès complets et une guérison incomplète.

L'*incision* simple ou multiple, pratiquée à une ou plusieurs reprises, a réussi 8 fois sur 9 (je renvoie au tableau des observations, pour que l'on voie bien qu'en général ce n'est que sur des petits filets nerveux qu'elle a été pratiquée).

La *ligature de la veine* a donné un succès complet.

Trois applications de *cautère actuel,* faites à quelques mois d'intervalle, ont réussi une fois ; une seule application a aussi donné un succès.

L'*extraction des corps étrangers* a donné 2 succès complets sur 2 opérations.

L'application d'un grain de *potasse* caustique a réussi dans deux cas.

Il en est de même de l'*acupuncture.*

La section sous-cutanée des brides cicatricielles a réussi deux fois.

Les *injections sous-cutanées de sulfate d'atropine* ont produit une amélioration marquée.

Je laisse de côté trois cas dans lesquels l'amputation a été pratiquée deux fois avec succès, une fois avec un insuccès absolu.